



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

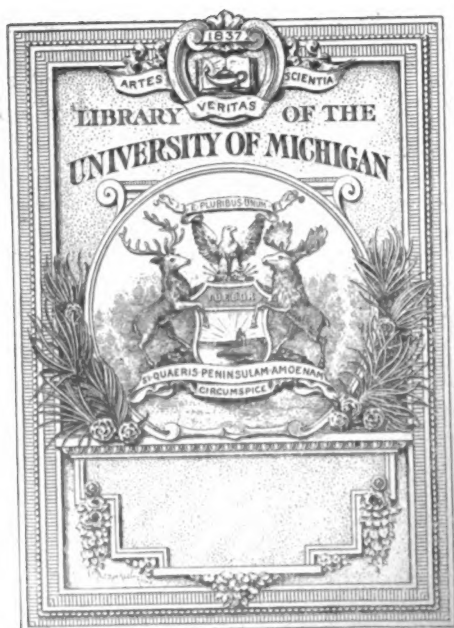
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

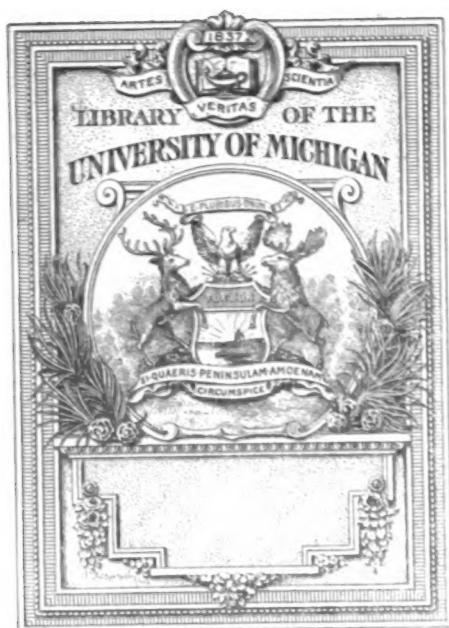
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-ge...

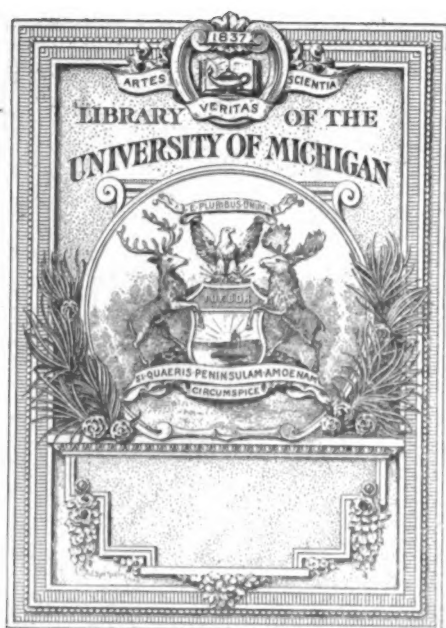






610.5
A44
Z5





610.5
A44
Z5

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN
UNTER DER MITREDAKTION VON
GRASHEY **PELMAN** **SCHÜLE**
MÜNCHEN BONN ILLENAU
DURCH
H. LAEHR.

EINUNDSECHZIGSTER BAND
MIT 4 TAFELN.
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1903
REDIGIERT VON
F. SCHUCHARDT.



BERLIN
W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1904.

Inhalt.

Erstes und zweites Heft.

Originalien.

	Seite
Ein kasuistischer Beitrag zur Imbezillität. Von Dr. <i>Ganhör</i> , II. Hausarzt der oberösterreich. Irrenanstalt in Niedernhart-Linz	1
Über manische Verstimmung. Von Dr. med. <i>C. G. Jung</i> , Burghölzli-Zürich	15
Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia. Von Dr. <i>E. v. Grabe</i> , Hamburg-Langenhorn. (Hierzu Tafel I—III.)	40
Tortur und Geisteskrankheit. Von Oberarzt Dr. <i>Mönkemöller</i> , Osnabrück	58
Über moral insanity. Ein Beitrag zur Psychologie des moralischen Irreseins. Von Dr. <i>Hans Schulze</i> , Assistenzarzt der Landesirrenanstalt Sorau	109
Die Ätiologie der einfachen Idiotie verglichen mit derjenigen der zerebralen Kinderlähmungen. Von Medizinalrat Dr. <i>W. Koenig</i> , Dalldorf	133
Über die Anlage besonderer Speisesäle in den öffentlichen Irrenanstalten. Von Geh. Med.-Rat Dr. <i>Ludwig</i> , Heppenheim a. d. B.	169

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

5. Jahresversammlung Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 3. August 1903 in der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel	185
<i>Siemerling</i> : Über Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten	185
<i>E. Meyer-Kiel</i> : Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen	204
<i>C. Hermkes-Kiel</i> : Über den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen	206
<i>Vonne-Hamburg</i> : Bakteriologische Blutuntersuchung bei Delirium tremens	210
<i>Siemerling-Kiel</i> : Vorstellung eines Falles von schwerer hysterischer Psychose mit Selbstbeschädigungstrieb (Verbrennungen durch Salzsäure)	211
<i>Meyer-Kiel</i> : Demonstration von Krankheitsfällen	212
Bericht über die Konferenz der Trinkerheilstätte in Berlin	217

166225

Literatur.

<i>Eduard Hitzig</i> , Physiologische und klinische Untersuchungen über das Gehirn. Von <i>W. Seiffer-Berlin</i>	222
<i>Max Fischer</i> , Laienwelt und Geisteskranke. Von <i>Hans Laehr</i>	229
<i>Anton Bumm</i> , Zur Geschichte der Panoptischen Irrenanstalten. Nachdruck der Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Kreisirrenanstalt in Erlangen. Von <i>L.</i>	230
<i>Peretti</i> , Über den jetzigen Stand der Nervenheilstätten-Bestrebungen	231
<i>Julio de Mattos</i> , 1. A Paranoia. 2. A Locura, estudos clinicos e medicolegaes. 3. Os alienados nos tribunaes. I. 4. Os alienados nos tribunaes. II. Von <i>Näcke</i>	231
<i>A. Morselli</i> , La tubercolosi nella etiologia e patogenesi delle malattie nervose e mentali. Studio critico e sperimentale. Von <i>Näcke</i>	235

Kleinere Mitteilungen.

Kongreß für experimentelle Psychologie	236
Strafsachen	236
Bitte	237
Nachruf an Friedrich Jolly. Von <i>Pelman</i>	237
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	238
Personal-Nachrichten	239

Drittes Heft.

Originalien.

Ungewöhnlicher Verlauf bei „Katatonie“. Von <i>Dr. Walter Fuchs</i> , Emmendingen	241
Über das Bewahrungshaus in Düren. Von <i>Dr. Flügge</i> , III. Arzt der Rhein.-Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Düren; jetzt Oberarzt in Grafenberg	260
Über den Wert der sogenannten „Kurven-Psychiatrie“. Von <i>Medizinalrat Dr. P. Näcke</i> , Hubertusburg	280
Ein Fall von traumatischer Psychose. Von <i>Dr. J. Wende</i> , Kreuzburg-Oberschlesien	296
Schwangerschaft und Diebstahl. Von <i>Oberarzt Dr. Max Fischer</i> , Illenau	312
Ziele und Wege der Erbllichkeitsforschung in der Neuro- und Psychopathologie. Von <i>Dr. Wilhelm Strohmayer</i> , Nervenarzt in Jena	355
Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen. I. Ihre Entwicklung und Einrichtungen. Von <i>Dr. Meltzer</i> , Anstaltsarzt in Großhennersdorf	370

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

XXXIV. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe, am 14. und 15. November 1903.

I. Sitzung am 14. November, nachmittags 2 1/2 Uhr.

1. *Fürstner*-Straßburg: Diagnostische Schwierigkeiten bei der progressiven Paralyse 387
2. *Friedmann*-Mannheim: Über neurasthenische Melancholie 388
3. *Stadelmann*-Würzburg: Methodologischer Beitrag zur Behandlung des defekten erkennenden Sehens bei der Idiotie 389
4. *Specht*-Tübingen: Zur Methodik der psychologischen Untersuchung bei Unfallverletzten 389
5. *Kreuser*: Beobachtungen und Bemerkungen über retrograde Amnesie 390
6. *Hess*-Stephansfeld i. E.: Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma 397

II. Sitzung am 15. November, vormittags 9 Uhr.

7. *Weygandt*-Würzburg: Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien 400
8. *Gaupp*-Heidelberg: Zur Frage der kombinierten Psychosen 404
9. *Lilienstein*-Bad Nauheim: Über die Organisation zur Bekämpfung des chronischen Alkoholismus in Deutschland 406
10. *Sommer*: Objektive Darstellung katatonischer Muskelzustände 408
11. *Thoma*-Illenau: Über den Bewußtseinszustand sogenannter Medien 409
12. *Nissl*: Zur Lehre der Hirnlues: 416
13. *Fuchs*-Emmendingen: Ungewöhnlicher Verlauf bei „Katatonie“ ... 420
14. *Vorster*-Stephansfeld: Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden 420
110. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. Dezember 1903.
- van Vleuten*: Über optische Asymbolie (mit Krankenvorstellung) 422
- Herr *Liepmann*: Demonstration des Gehirnes von dem am 21. Juni 1902 in diesem Verein vorgestellten Seelenblinden 424
- Herr *Seelig*-Herzberge Krankenvorstellung 424
- Herr *W. Alter*-Leubus: Störungen im Farbensinn bei Paralytischen. Hierzu 7 Textfiguren 425
- Herr *Reich*-Herzberge: Mikroskopische Demonstrationen 440

Literatur.

- Grohmann*-Zürich: Die Vegetarier-Ansiedlung in Ascona und die sogenannten Naturmenschen im Tessin. Referate und Skizzen. Von *Pelman* 445
- Mönkemöller*: Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. Von *L.* ... 448
- Jolly*: Arzt und Geisteskranke. Von *L.* 449
- Berze*: Über das Primärsymptom der Paranoia. Von *Näcke* 450
- Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. Von *Näcke* 451
- Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Von *Näcke* 452

Kleinere Mitteilungen.

Hermann Emminghaus †. Von <i>Hermann Pfister</i>	455
Berichtigung. Von Dr. <i>Th. Benda</i>	458
Verein bayerischer Psychiater	458
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	459
Personal-Nachrichten	459

Viertes Heft.

Originalien.

Der Stotterer vor dem Strafrichter. Von Dr. <i>August Hegar</i> , Illenau ...	461
Tuberkulose und Irrenanstalten. Von Dr. <i>Friedrich Geist</i> , Arzt an der Königlich Sächsischen Heil- und Pflege-Anstalt Zschadraß	477
Über einige seltene Zustandsbilder bei progressiver Paralyse. Apraxie, transkortikale sensorische Aphasie, subkortikale sensorische Aphasie, sensorisch - motorische Asymbolie. Von Dr. med. <i>Karl Abraham</i> , Dalldorf	502
Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. Von Dr. <i>M. Reichardt</i> , I. Assistent der psychiatrischen Klinik zu Würzburg	524
Über Beerdigungsatteste bei Selbstmördern. Von <i>W. Weygandt</i> , Würzburg	552
Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen. II. Die Grundsätze der Schwachsinnigenerziehung in der Landesanstalt Groß- hennersdorf in Sachsen. Von Dr. <i>Meltzer</i> , Anstaltsarzt in Großhenners- dorf	570

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

72. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 7. November 1903 in Bonn.	
a) <i>Ernst Schultze</i> : Über Psychosen bei Militärgefangenen	602
b) <i>Mohr-Grafenberg</i> : Zur Behandlung der Aphasie	604
c) <i>Rusak-Cöln</i> : Bericht über die zweite Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins	604
d) <i>Herting-Galkhausen</i> : Beiträge für die statistische Kommission. (Ignorierung von Gutachten. Entlastung krimineller Geisteskranker)	605

Literatur.

<i>Löwenfeld</i> : Die psychischen Zwangserscheinungen. Von <i>Näcke</i>	607
--	-----

Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein	609
Bericht über die Bewegung in den niederländischen Irrenanstalten im Jahre 1902. Von Dr. <i>A. H. van Andel</i>	612

Ministerialerlaß vom 21. März 1904 für Preußen betr. Zuziehung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren	614
Aus Sachsen und Thüringen	614
Geistesranke Verbrecher in England	614
Wärterbestrafung	615
Johannes Vorster, Nekrolog. Von <i>Fr. Schüfer</i>	615
Personal-Nachrichten	620

Fünftes Heft.

Originalien.

Über das Gansersche Symptom. Von Dr. <i>R. Henneberg</i> , Privatdozent und Assistent der Klinik zu Berlin	621
Über familiäres Auftreten der progressiven Paralyse. Von Dr. <i>Alexander Marc</i> , Stabsarzt im königlich bayerischen 7. Infanterie-Regiment, z. Z. kommandiert zur Klinik	660
Über einen Fall von Hirnabzeß bei katatonischem Krankheitsverlauf. Von Dr. med. <i>K. Schmidt</i> , Assistenzarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Alt-Scherbitz	679
Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern. Von Dr. <i>Franz Sklarek</i> und Dr. <i>C. F. van Vleuten</i> , Assistenzärzten ..	690
Über die Rolle der Statistik in den Jahresberichten der Irrenanstalten. Von <i>A. Koller</i> , II. Arzt, Asile de Cery, Lausanne. (Hierzu Tafel IV.)	702

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

73. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. Juni 1904 in Bonn.	
a) <i>R. Foerster</i> -Bonn: Beitrag zur Pathologie des Lesens und Schreibens (sogenannte angeborene Wortblindheit)	719
b) <i>Brie</i> -Grafenberg: Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch	721
c) <i>Beelitz</i> - Tannenhof: Systematische Atropinkuren bei periodischen Geistesstörungen	721
d) <i>Tippel</i> -Kaiserswerth: Demonstration der Heißluftdusche nach <i>Bier</i> mit Bemerkungen über die damit gemachten Erfahrungen	722
e) <i>A. Siebert</i> -Bonn: Über die hypnotische Wirkung des Neuronalis ...	722
Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen am 25.--27. April 1904.	
Geschäftlicher Teil	724
Wissenschaftliche Verhandlungen:	
<i>Fürstner</i> -Straßburg: Nervenpathologie und Psychiatrie	729
<i>Cramer</i> -Göttingen: Die Heil- und Unterrichtsanstalten in Göttingen unter besonderer Berücksichtigung des Sanatoriums „Rasemühle“	734

	Seite
<i>Henneberg-Berlin</i> : Das <i>Gansersche</i> Symptom	735
<i>Hoche-Freiburg</i> : Einteilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung	737
<i>Alt-Uchtsprunge</i> : Die diätetische Behandlung der Epileptiker in Vergangenheit und Gegenwart	740
<i>E. Schultze-Bonn</i> : Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und hypnotischer Wirkung. — Eine neue Gruppe von Schlafmitteln	743
<i>Bonhoeffer-Heidelberg</i> : Der <i>Korsakowsche</i> Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen	744
<i>Raecke-Frankfurt a. M.</i> : Hysterisches Irresein	752
<i>Siemering-Kiel</i> : Wert und Bedeutung der Cytodiagnose für Geistes- und Nervenkrankheiten	758
<i>Schüle-Illebenau</i> : Nochmals das Heiraten von früher Geisteskranken	761
<i>Weygand-Würzburg</i> : Verhalten des Gehirns bei Situs viscerum transversus	762
<i>Scheven-Rostock</i> : Zur Physiologie des Patellarreflexes	764
<i>Sommer-Gießen</i> : Experimentelle Psychopathologie	765
<i>Westphal-Greifswald</i> : Demonstration mikroskopischer Präparate eines seltenen Falles von Mißbildung des Rückenmarkes	765
<i>Brodman-Berlin</i> : Demonstrationen aus Cytoarchitektonik der Großhirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Lokalisation bei einigen Säugetieren	765
<i>Liepmann-Berlin</i> : Serienschnitte vom Gehirn eines Apraktischen	767
111. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. März 1904.	
Herr <i>Klipstein-Dalldorf</i> : Vorstellung einer Kranken mit hysterischen Dämmerzuständen	769
Herr <i>Seelig</i> : Vorstellung eines Kranken im hysterischen Dämmerzustande	771
Herr <i>Mittenzweig-Herzberge</i> : Hirngewicht und Geisteskrankheit	773
Herr <i>Sklarek</i> und Herr <i>van Vloten-Dalldorf</i> : Gleichzeitig bei drei Geschwistern aufgetretene geistige Erkrankung	775
Herr <i>Abraham</i> und Herr <i>Ziegenhagen-Dalldorf</i> : Über cytodiagnostische Untersuchungen bei Dementia paralytica	775

Literatur.

<i>Robert Sommer</i> , Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage. Von <i>Pelman</i>	777
--	-----

Kleinere Mitteilungen.

Bemerkungen ex re der Kritik meiner Arbeit „Zur psychiatrischen Therapie. Von Dr. med. u. phil. <i>P. Prengowski</i>	779
Ministerialerlasse	787
Ministerialerlaß vom 26. März 1904 betr. Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalten untergebrachten Geisteskranken	788

Die Unterbringung und Unterhaltung gemeingefährlicher Geisteskranker und geisteskranker Verbrecher in Schlesien.....	788
Bestrafung eines Wärters	790
Nekrolog v. Holst. Von <i>A. Mercklin</i>	790
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau vom 18. bis 24. September 1904.....	793
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.....	793
Personal-Nachrichten	794

Sechstes Heft.

Originalien.

Zur Biologie des Sprachapparates. Von Dr. <i>Otto Groos</i> , Assistent an der neurologisch-psychiatrischen Klinik zu Graz.....	795
Beitrag zum Studium über den Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung. Von Reg.-Arzt Dr. <i>O. Albrecht-Graz</i>	836

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Protokoll der zweiten Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater zu Ansbach am 24. Mai 1904.	
Direktor <i>Dees-Gabersee</i> : Unabkömmlichkeit des männlichen Pflegepersonals im Mobilmachungsfall	877
Prof. Dr. <i>Kraepelin</i> -München: Psychiatrisches aus Java	882
Priv.-Doz. Dr. <i>Weygandt</i> -Würzburg: Über alte Dementia praecox.....	884
Direktor Dr. <i>Vocke</i> -München: Zur gerichtlichen Entscheidung über den Geisteszustand der wider ihren Willen internierten Geisteskranken ..	884
Dr. <i>Alzheimer</i> : Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie ..	888
Dr. <i>Sandner</i> -Ansbach: Bemerkungen zu Art. 80 P.Str.G.B.....	890
39. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 7. Mai 1904 in Hannover.	
<i>Wendenburg</i> -Göttingen: Fall von eigentümlicher familiärer Dystrophie ..	882
<i>Bruns</i> -Hannover: Demonstration des Gehirns eines 2¼-jährigen Kindes mit beiderseitigen ausgedehnten porencephalischen Defekten.....	894
<i>Bruns</i> -Hannover: Halbseitige Erkrankungen des Kleinhirns und ihre Diagnose. Mit Demonstration dreier Präparate	894
<i>Cramer</i> -Göttingen: Über Aphasie	899
<i>Alt-Uchtsprunge</i> : Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems	900
<i>Behr</i> -Lüneburg: Die Beziehungen zwischen Nierenerkrankung und Geistesstörung	901
<i>Weber</i> -Göttingen: Über akute letal verlaufende Psychosen.....	903
<i>Vogt</i> -Göttingen: Über die Wirkung des Alkohols auf die Pupillenreaktion ..	904
Zeitschrift für Psychiatrie. LXI, 6.	

Literatur.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben von Dr. <i>Hirschfeld</i> . VI. Jahrgang. Von <i>Näcke</i>	906
---	-----

Kleinere Mitteilungen.

Fürsorge für Geisteskranke in Preußen.....	910
Ministerialerlaß vom 25. Juni 1904, betr. statistische Sendungen der Heilanstalten an die Kreisärzte	910
Zur Auslegung des § 81 St.P.O. Irrenanstaltsbeobachtung bei Strafprozessen	910
Die Geisteskranken in den preußischen Irrenanstalten	912
Aus Göttingen.....	912
Aus Bonn.....	913
Aus Wien.....	914
Die Behandlung des Kretinismus	914
Die Geisteskrankheiten im Kriege	916
Im Großherzogtum Hessen	917
Personal-Nachrichten	918

Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1903.

Redigiert von F. Schuchardt.

Ein kasuistischer Beitrag zur Imbezillität.

Von

Dr. **Ganhör**, II. Hausarzt der oberösterreich. Irrenanstalt in Niedernhart-Linz.

Weniger die Art des Verlaufes als vielmehr hauptsächlich die Schwierigkeiten, die nachstehender Fall der gerichtsärztlichen Untersuchung und Beurteilung bot, bestimmten den Verfasser zur Veröffentlichung desselben. Gleichzeitig sei dem dirigierenden Primararzt Herrn Dr. *Franz Schnopfhagen* für die gütige Überlassung der Krankengeschichte der gebührende Dank ausgesprochen. Die Frage der Moral insanity behandelt *Müller* eingehend im 31. Bande des Archiv für Psychiatrie und kommt zu dem Schluß, daß Moral insanity als Krankheit sui generis nicht existiere, sondern das entsprechende Krankheitsbild bald der Imbezillität, bald dem degenerativen Irresein angehöre. Da an dieser Stelle außerdem die einschlägige Literatur aufs eingehendste berücksichtigt ist, erscheint ein weiteres Eingehen auf diese Frage hier überflüssig. Es zeigt auch der nachstehende Fall außer ethischen und moralischen Defekten ein so auffallendes Versagen des Schlußapparates und der Kombinationsgabe, bei verhältnismäßig gut entwickeltem Gedächtnis, daß an obiger Auffassung wohl nicht gezweifelt werden kann.

Der Tatbestand ist folgender: Der Vater des achtzehnjährigen Franz L. erstattete beim Gendarmerie-Kommando die Anzeige, daß sein Sohn ihn mit Erstechen bedroht, seiner Mutter Ohrfeigen antrage und seinen neunjährigen Bruder Heinrich mit einem Messer in den Rücken gestochen habe; auch wollte er eine aufsitzende Henne mit einer Kerze anbrennen, wodurch das Haus in Gefahr geriet abzubrennen. Die Erhebungen des Landes-Gendarmerie-Kommandos ergaben, daß Franz L. in letzter Zeit die Kleider seiner Mutter ausgezogen, den Busen ausgestopft und so sich schlafen gelegt habe. Franz L.

gibt an, seinen Bruder nur aus Unvorsichtigkeit gestochen zu haben, die Henne habe er nur anleuchten wollen; auch habe er auf einen Mehlzylinder zwei Figuren, Mann und Weib, in unsittlicher Stellung aufgezeichnet und darunter geschrieben „aber das ist gut“; schließlich gestand er auch zu, seine ältere Schwester Marie seit drei bis vier Jahren öfter geschlechtlich gebraucht zu haben, wobei er meist die Gelegenheit des Fütterns im Kuhstalle benutzt habe; auch den Verkehr mit seiner achtjährigen Schwester Hedwig gibt er etwa dreimal zu; endlich gestand er auch mit seiner Mutter im Jahre 1900 und 1901 etwa sechsmal verkehrt zu haben. Das letzte Mal sei dies im Sommer 1901 gewesen. Die beiden ersten Male sei es beim Versuch geblieben, weil seine Mutter sich so stark gewehrt habe, die übrigen vier Male habe sie keinen besonderen Widerstand geleistet, und ihm nachher gesagt, er solle niemandem etwas sagen; infolge vernachlässigter Erziehung scheine er in seiner Geistesbildung zurückgeblieben zu sein. Er wurde daher wegen Notzucht, Schändung und Blutschande verhaftet und die Anklage gegen ihn und seine Mutter nach § 128 (Schändung), § 131 (Blutschande), § 501 (Unzucht zwischen Verwandten und Verschwägerten), § 411 (Vorsätzliche körperliche Beschädigung) und § 449 (Betretung feuergefährlicher Orte mit offenem Licht) erhoben.

Bei der ersten Vernehmung gibt er an, fünfmal mit seiner Schwester Marie Umgang gepflogen zu haben, er habe es selbst dem Vater mitgeteilt; mit seiner Schwester Hedwig habe er dreimal Umgang gehabt, auch seine vierjährige Schwester Kathrina habe er gebraucht, wohl wissend, daß die Schwestern H. und K. überhaupt, und M. bei den ersten drei Mal das 14. Lebensjahr nicht erreicht haben. Mit der Mutter habe er sechsmal Umgang gepflogen und gibt in abstoßend zynischer Weise die Details an. Seine Angaben seien richtig, und wenn die Mutter nichts wissen will, so lügt sie.

Bereits bei der zweiten Vernehmung widerruft er das Verbrechen mit der Mutter. Der Gendarm habe ihn halt ausgefragt und deshalb habe er es sagen müssen, er ließ ihm keine Zeit zum Nachdenken; jedoch gibt er den Umgang mit den Schwestern zu. Der Vater gab am 8. Januar 1902 beim kaiserlich königlichen Bezirksgerichte A. an, daß ihm vom Verkehre des Sohnes mit Mutter und Schwestern nichts bekannt sei; jedoch sei er von ihm mit dem Messer bedroht worden, und er sah auch, wie Franz das Licht einige Tage vor Weihnachten 1902 einer auf einer Stange sitzenden Henne direkt unter den Körper hielt; in der Schule war er unbändig, trieb immer Streiche, verspreizte die Türen, band den Kühen die Schweife zusammen, schüttete in der Stube das Wasser aus und legte sich mit dem besseren Gewande der Mutter ins Heu. Die Mutter entschlägt sich der Aussage. Die ärztliche Untersuchung ergab bei seinen drei Schwestern M., H. und K. vollkommen intaktes Hymen. Die Gerichtsärzte geben folgenden Befund ab.

Franz L., 18 Jahre alt, ist körperlich dem Alter entsprechend entwickelt.

Die äußeren Geschlechtsteile zeigen normale Beschaffenheit, nur ist die Eichel etwas zugespitzt, und das ganze Glied von etwas kleiner Beschaffenheit. Der Vorhautsack ist mit Schmier verunreinigt, die Kniesehenreflexe sind beiderseits erhöht. Im übrigen ergibt der körperliche Befund nichts abnormes. Der Gesichtsausdruck ist scheu verschlagen, er ist vollständig orientiert, kann lesen, schreiben, rechnen, und zeigt sein Erinnerungsvermögen keine auffallenden Lücken; er kennt Geld und Geldeswert, weiß die zehn Gebote Gottes; befragt, warum er das sechste Gebot übertreten habe, gibt er an, daß ihn hiezu die Lust getrieben (es habe ihn g'lust). Die Antworten sind übrigens zögernd, er spricht träge, zeigt wenig Willensenergie, macht beinahe einen stupiden (gefühlstumpfen) Eindruck. Auf die Ungehörigkeit seiner Handlungen aufmerksam gemacht, zeigt er keine Anwandlung von Reue, sondern lächelt höchstens etwas. Wahnvorstellungen lassen sich nicht vermuten.

Gutachten. — Aus der Untersuchung ergibt sich kein Anhaltspunkt dafür, daß der Untersuchte an einer Geistesstörung leidet, wodurch die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben sein könnte, wenngleich zugegeben wird, daß sein moralisches Denken und Fühlen zurückgeblieben ist. Was die Beschaffenheit des Penis anlangt, so ist dieselbe eine solche, daß ein leichteres Eindringen auch bei infantilen Genitalien eher ermöglicht ist.

Auf Grund vorstehender Aussagen und des angeführten ärztlichen Gutachtens erhob die kaiserlich königliche Staatsanwaltschaft unter dem 23. Februar 1902 gegen Franz L. die Anklage nach den bereits zitierten Paragraphen des österreichischen Strafgesetzes, und gegen seine Mutter ebenfalls die Anklage wegen Blutschande nach § 131.

Am 26. Januar 1902 wird von zwei anderen Gerichtsärzten folgender Befund abgegeben.

Franz L. ist von großem Körperbau, graziles Knochengerüst, mager, blaß. Der Schädel zeigt normale Konfiguration. Pupillen gleich, mittelweit, reagieren gut, keine Innervationsstörungen im Bereiche der Kopf- und Gesichtsnerven. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keinen pathologischen Befund, das Genitale zeigt eine dem Alter des Genannten entsprechende Entwicklung; Veränderungen, wie sie etwa bei Onanisten vorzukommen pflegen, sind nicht zu bemerken. Beim Examen gibt er kurze verschlossene, oft erst, auf mehrmaliges eindringliches Fragen erfolgende Antworten, wobei er vermeidet, den Fragenden anzusehen. Hie und da lächelt er verschmitzt und macht den Eindruck eines verschlagenen Burschen. Er ist zeitlich und örtlich gut orientiert, weiß auch warum er hier ist, er sei hier wegen Notzucht, habe seine Schwestern gebraucht und seine Mutter; bis zu seinem 14. Lebensjahre habe er die Schule besucht, er sei nie ernstlich krank gewesen. Er habe stets mit seinen Altersgenossen verkehrt wie andere. Seine Kameraden seien Lumpen und Spitzbuben gewesen. Diese haben auf ihn großen Einfluß genommen; von denen hat er auch erfahren, daß man Menscha¹⁾ gebrauchen

1) Mädchen.

könne, und da habe es ihn auch gelust. Er meint, zu anderen Mädchen habe er sich nicht getraut, und da habe er die eigenen Schwestern angeganger; er habe geglaubt, man könne jedes Mädchen gebrauchen, auch wenn es noch so klein sei. Er weiß vollkommen, daß seine Handlungen verboten sind; das geht daraus hervor, daß er angibt, er habe sein Tun dem Geistlichen gebeichtet, und der habe ihn aufmerksam gemacht, welch große Sünde das sei. Aufmerksam gemacht auf die Folgen, meint er, es reue ihn jetzt, wenn er wieder frei werde, werde er es nicht mehr tun, weil es nichts Schönes sei. Eine Störung seiner sexuellen Sphäre und seines sexuellen Empfindens besteht nicht. Franz L. ist in einer Familie aufgewachsen, in der moralische Empfindungen und Begriffe wenig gekannt zu sein scheinen. Unter solchen Verhältnissen ist es nicht zu verwundern, wenn die Moral, die ethische Entwicklung des jungen Menschen gewaltige Defekte aufweist; Franz L. ist ein grundverdorbenes Individuum. Dabei weiß er ganz gut, daß seine Handlungen verboten und strafbar seien. Seine Intelligenz ist so wenig gestört, daß von einem bestehenden Schwachsinn nicht die Rede sein kann. Es bestehen also lediglich grobe moralische Defekte, die aber auch nicht etwa als moralisches Irresein bezeichnet werden können. Die Gefertigten erklären hiemit, daß eine Geistesstörung nicht besteht und auch nie bestanden hat.

Bei der Schwurgerichtsverhandlung am 22. Mai 1902 stellt Franz L. alles in Abrede, nur seine Schwester M. habe er einmal zum Beischlaf mißbraucht, jedoch stellt er im Laufe der Verhandlung auch dies in Abrede. Die Gerichtsärzte geben nun folgendes Gutachten ab.

Der Angeklagte Franz L. ist in einer Familie aufgewachsen, in der moralische Begriffe und Empfindungen wenig gekannt zu sein scheinen. Nimmt man als erwiesen an, daß der Angeklagte die ihm zur Last gelegten Verbrechen und Übertretungen tatsächlich begangen hat, so ließe sich daraus der Schluß auf moralische Verkommenheit, doch nicht auf Unzurechnungsfähigkeit ziehen; nimmt man aber das Gegenteil hiervon erwiesen an, und ist das während der Vorerhebungen abgelegte Geständnis auf einen Racheakt seinen Eltern gegenüber zurückzuführen, dann hat man es mit einem Irrsinnigen zu tun, dessen Handlungen die Strafbarkeit des Franz L. ausschließen, und ist derselbe ein in hohem Grade gemeingefährliches Individuum. Daß der Angeklagte an seinen drei unmündigen Schwestern den Beischlaf ausgeübt hat, ist vollständig ausgeschlossen. . . . In dem ersten im Vorverfahren abgegebenen Gutachten über den Geisteszustand des Angeklagten wurden die vom Angeklagten gemachten Aussagen als wahr angenommen, daher nur moralische Verkommenheit im Verein mit Bosheit und Verschlagenheit konstatiert und keine Geistesstörung. Bei der heutigen Verhandlung hat sich die Sachlage allerdings ganz anders dargestellt. Was der Angeklagte im Laufe der Voruntersuchung als wahr zugestand, stellt er heute in Abrede, verwickelt

sich in Widersprüche, stellt Behauptungen auf, die er im nächsten Moment widerruft, ohne hierfür einen Grund angeben zu können, und so erklärt sich der Widerspruch zwischen dem ersten Gutachten und dem heutigen. Auffallend allerdings ist seine große Vorliebe für Frauenkleider, und es ließe sich darin eine Perversität seiner Sexualempfindung erblicken und auf ein besonders entwickeltes Geschlechtsleben schließen, sodaß er aus den Erzählungen der Burschen sich selbst in seiner Phantasie die ungeheuerlichsten Bilder ausmalte und zwischen Wirklichkeit und Traum nicht mehr unterschied; auch seine genauen Detailschilderungen sind bei der großen Belesenheit des Angeklagten nicht wunderzunehmen. Die Angaben des Angeklagten wurden teils durch seinen eigenen Widerruf stark in Zweifel gesetzt, noch mehr aber durch die Aussage des Vaters, der nach seinen Angaben von den geschlechtlichen Exzessen mit den Schwestern Kenntnis hatte, der aber unter Eid an gibt, in seinem Hause weder von ihm noch von den drei Mädchen jemals etwas davon gehört zu haben, wohl habe er selbst aus Angst, daß er ihm nicht das Haus anzünde, oder seine Drohung, er werde ihn und seine Gattin niederstechen, wahr mache, bei Gericht die Anzeige erstattet, damit er einer Irrenanstalt übergeben werde. Alle in der Verantwortung des Angeklagten liegenden Widersprüche deuten auf moralisches Irresein, und es unterliegt gar keinem Zweifel, daß der Angeklagte nicht zurechnungsfähig und im höchsten Grade gemeingefährlich ist.

Auf Grund der Zeugenaussagen sowie des ärztlichen Gutachtens wurde daher sowohl über Franz L. als auch über seine Mutter ein Freispruch gefällt, und Franz L. am 23. Mai 1902 der hiesigen Landes-Irrenanstalt überstellt.

Übermittelgroß schlank, wohlgebildet, leicht anämisch, graziler Knochenbau, an den Rippenknorpeln und Tibien Spuren überstandener Rhachitis, Kopfumfang 56 cm, Hinterhauptbein leicht abgeplattet, Schädel etwas hydrozephal ausgebaucht, im übrigen gut konfiguriert, Pupillen gleich weit, reagieren prompt; bartlos; in der Ruhe ist der linke Facialis schwächer innerviert, die linke Nasolabialfalte weniger gut entwickelt als rechts; bei Bewegungen gleicht sich diese kleine Differenz in der Innervierung aus; an den übrigen Organen ist kein bemerkenswerter Befund. Der P. S. R. ist lebhaft.

Geboren am 15. September 1884 ist er das älteste von dreizehn Kindern, von denen sechs leben. Bei zwei Kindern sei der Mutter das Milchgespinst in den Kopf gekommen, und sie sei so damisch geworden, daß sie alles zusammengeschlagen hat. Gleich nach der Geburt hat er eine Geschwulst auf der Brust bekommen, eine „Brustrose“ (Mastitis?), und einen Ausschlag im Gesicht und am Kopfe, welcher von der Mutter durch ein Pflaster geheilt wurde. Fraisen hat er nie gehabt. Mit zwei Jahren habe er erst gehen gelernt, ebenso habe er auch das Sprechen sehr schwer gelernt; bis zum sechsten Lebensjahre hat er die Worte nur sehr verstümmelt aussprechen können, und erst in der Schule hat er ordentlich reden gelernt; er hat leicht

gelernt und ist nie sitzen geblieben. Die Schule besuchte er bis zu seinem 14. Lebensjahre. Gegen die Letzt habe ihn das Schulgehen verdrossen. In seinem neunten Lebensjahre ist er mit dem Kopf auf einen Torstein gefallen und war eine Zeitlang bewußtlos. Mit den anderen Schulkindern hat er fleißig gespielt und verschiedene Spitzbübereien ausgeführt. Sie haben den Bauern die Wasserschwellen abgelassen; wenn sie in der Schule nachsitzen mußten, haben sie die Tür mit einem Nagel aufgesperrt, oder sind beim Fenster ausgestiegen und sind davongelaufen; er mußte oft dableiben, weil er immer schwätzte und bei der Tafel nicht rechnen konnte; die aufgetragenen Straf-arbeiten hat er nicht gemacht. Der Vater war sehr strenge, und er hat viele Schläge auf den Kopf bekommen. Die Mutter war noch strenger, und recht grob im Reden, „wie eine Stiefmutter“, sie hat ihm viele Schimpfnamen gegeben. Nach der Schule kam er zum Sagbergmüller, das Müllerhandwerk zu erlernen. Er erzählt mit großer Weitschweifigkeit nicht hierher gehörige Details und Einzelheiten, beschreibt, wie er gedungen wurde, wie der Weg und die Örtlichkeit aussieht usw. Dort war er als Müllerlehrling nicht ganz zwei Jahre im Dienst. Es ist ihm dort recht schlecht gegangen, er hat schwere Arbeiten verrichten müssen; als er sagte, daß ihm die Arbeit zu schwer sei, wurde er in der Mühle allein verwendet. Damals hat er ein Kittelleibl (landesübliches weibliches Kleidungsstück) angezogen, das hat ihm der Müller heruntergerissen. Aus Rache hat er, als Frauenzimmer verummmt, am Dachboden recht herumgepoltert, um den Müller zu schrecken und ihn glauben zu machen, es sei ein Dieb im Hause. Von da kam er in die Eggermühle. Da bekam er einmal vom Müller vier Faustschläge auf den Kopf, wobei er auf einen Stein fiel, daß er ganz düll (benommen) war. Da wäre er bald an ihn geschossen und hat seinen Lehrherrn recht beschimpft, ihm alle Namen gegeben und ihm gedroht, er schlage ihn mit der Mühlstange zusammen. Weil er keinen Lohn, sondern nur Trinkgelder bekam, nahm ihn sein Vater weg. Zum Abschied bekam er vom Müller 25 Ohrfeigen und zwei Faustschläge. Er kam hierauf zum Wastl; den hat er recht dressiert, ihm die Pfeife mit Sand gefüllt, den Bartwisch versteckt, die Arbeiten alle verkehrt gemacht. Nach drei Wochen kam er zu seinem Firmpaten, um die ländlichen Arbeiten zu lernen; da ging es ihm gut. Als er hierauf in die Sprinzlmühle kam, hielt er es wieder nur einige Wochen aus. Sein nächster Dienstherr nannte ihn faul, wofür er ihn einen Hundling nannte, und ihm eine zu stecken drohte; natürlich ging es wieder nicht. Den Winter über war er zu Hause. Auch hier tat er nicht gut. Einem seiner Brüder stieß er ein Tischmesser in den Rücken und brachte ihm eine leichte Wunde bei, einen anderen Bruder hat er aus Bosheit mit Menschenkot bestrichen. Er glaubte, daß er recht dressiert werde und hat rechten Krawall gemacht. Er drohte sich aufzuhängen, nachts hat er immer studiert, was er wieder sagen soll. Vom geschlechtlichen Verkehre hat er schon als Schulkind gewußt. Ein Rauchfangkehrer hat ihn und seine Spießgenossen verdorben. Sie haben ihn angelernt, Frauenkleider anzuziehen und auf Hochzeiten als Maske zu gehen. Sie

haben auch viel vom geschlechtlichen Verkehr gesprochen, jedoch unter einander nichts getan. Er behauptet, nie bei einem Mädchen gewesen zu sein, es hat ihn nie angesehen, auch hat er sich gefürchtet, hinausgeworfen zu werden. Daß er sich in Frauenkleidung ins Bett gelegt habe, das ist ihm so eingefallen. Er stellte sich vor, er sei ein Frauenzimmer, an dem der Beischlaf ausgeführt werde; dabei bekam er Erektionen. Er hat sich gedacht, er muß es tun, es kommt ihm der Planga (Begierde). Beschreibt zynisch das Wohlgefühl, das er dabei hatte. Nachts hatte er oft lebhaft Träume von Teufeln und Krokodilen, habe oft aufgeschrien oder sei vom Bett herabgestiegen, wodurch er dann aufwachte, auch Träume heterosexuellen Inhaltes hatte er. Am 2. Januar 1902 sei er dann wegen gefährlicher Drohung verhaftet worden. Der Gendarm hat ihn so ausgefragt, daß er hat Ja sagen müssen. Er hat sich vor den Herrn so gescheut; er glaubt, eine Magd, die er einmal beschimpfte, habe aus Rache das Gerücht ausgesprengt, daß er mit Mutter und Schwestern etwas zu tun gehabt habe. Zuerst hat er zum Gendarm immer Nein gesagt, dann aber hat er aus Furcht und Angst vor dem Zuchthaus zu allem Ja gesagt und Details angegeben. Der Gendarmerie-Postenführer sagte, bei der Verhandlung als Zeuge vernommen, aus: „Über wiederholten Vorhalt verneinte er; dann redete ich ihm gütlich zu, er sollte, wenn er etwas gemacht, eingestehen, die Strafe werde leichter ausfallen, als wenn er leugne. Erst auf die neuerlich gestellte Frage antwortete er mit Ja. Ich hielt ihm dann direkt vor, daß er auch die Mutter gebraucht habe, was er mit Ja beantwortete. Die Angaben machte er nicht fließend, sondern ich mußte ihn über die Einzelheiten förmlich ausfragen.“ Wie er zum Untersuchungsrichter kam, dachte er, jetzt werde er es anders drehen, und hat dann nur mehr den Verkehr mit den Schwestern zugegeben. Bei der Hauptverhandlung dachte er, jetzt sei er schon in der Lucke, jetzt nütze nichts mehr, und da hat er alles weggeleugnet. Wie ihn die Mutter beim Verhöre tränenden Auges anschaut, hat sie ihn recht erbarmt, und er hat mit fester Stimme „Nein“ gesagt; es hat ihn dann recht gereut, daß er den Eltern ungehorsam war, und auf den Vater geschlagen hat.

Die Personalien werden vollständig richtig und genau angegeben.

Über Örtlichkeit, Ort und Zeitrechnung vollständig orientiert.

Über Maß und Gewicht, sowie Geld und Geldeswert besitzt er seiner Schulbildung entsprechende Kenntnisse. Ebenso ist Stil und Orthographie verhältnismäßig gut, Kenntnisse im Rechnen sehr unsicher. (S. umstehend.)

Geographische Kenntnisse sind sehr gering.

Die Erdteile werden richtig aufgezählt.

Die Hauptstadt von Deutschland ist Brüssel.

Flüsse von Europa: Donau, Weichsel, Oder, Wolga.

Gebirge von Europa: Alpen, Karpaten in Ungarn, Apenninen in Italien.

München ist größer als Wien und zählt 2000000 Einwohner.

Über staatliche Einrichtungen hat er nur sehr unklare Begriffe.

$1 \times 3 = 3$	$2 + 2 = 4$	$3 - 1 = 2$
$2 \times 4 = 8$	$3 + 4 = 7$	$8 - 3 = 5$
$3 \times 5 = 15$	$4 + 6 = 10$	$13 - 5 = 8$
$8 \times 10 = 80$	$11 + 20 = 31, 31$	$18 - 7 = 11$
$6 \times 4 = 22, 24$	$5 + 8 = 13$	$21 - 4 = 17$
$5 \times 7 = 35$	$20 + 38 = 58$	$22 - 9 = 13$
$6 \times 8 = 48$	$8 + 14 = 32, 22$	$26 - 11 = 15$
$7 \times 9 = 63$	$14 + 26 = 40$	$28 - 17 = 10, 11$
$9 \times 7 = 63$	$17 + 32 = 48, 49$	$38 - 19 = 21, 22$
$11 \times 12 = 96$	$28 + 44 = 62, 52$	$43 - 17 = 23$

Schema von Dr. *Sioli*. Referat über Imbezillität (Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, S. 117.)

Die Gesetze erläßt der Kaiser, die Steuern sammelt das Steueramt, dieses gibt das Geld der Statthalterei, und durch diese erhält es der Kaiser. Von Landtag und Reichstagswahlen, sowie von den Aufgaben der Abgeordneten weiß er überhaupt nichts.

Es gibt eine katholische, protestantische und jüdische Religion, jedoch weiß er keinen Unterschied; sie haben halt einen anderen Glauben. Die Bedeutung der kirchlichen Feste kennt er.

Ethische und moralische Begriffe sind nur rudimentär entwickelt.

Als Pflichten gegen die Eltern gibt er Gehorsam an; auch sei man verpflichtet, den Eltern etwas zu geben, wenn sie nichts mehr verdienen, einen Grund hiefür weiß er nicht.

Wie man sich den Eltern dankbar erweisen kann, ist ihm unbekannt.

Wem er unter Umständen Dank schuldig ist, weiß er nicht:

Dem Lehrer? Nein.

Den Lehrherren? Weiß ich nicht.

Den Eltern? Ich glaub schon.

Als Treue bezeichnet er, „wenn man im Dienste aushält“. Glück und Zufriedenheit empfindet er, wenn er Geld besitzt, und genug zum Essen und Trinken hat.

Wenn er kein Geld hätte, würde er Trauer empfinden: wenn die Eltern stürben, wäre ihm schon leid, weil er niemand mehr hätte.

Anfangs ist L. ungemein verschlossen, läßt die meisten Fragen unbeantwortet, verkehrt mit niemand.

13. Juni. Schon nach kurzer Zeit wird er gesprächig und erzählt mit großer Weitschweifigkeit und cynischem Behagen die Details seiner Lebensgeschichte.

Am 15. Juni schreibt folgenden Brief dem I. Hausarzt.

„Gehrter Herr Doctor Wagner ich muß Ihnen mittheilen warum ich hier bin. Die ganze Geschichte ist eine ziemlich lange und eine verhältnismäßige schwierige. Wie ich noch zu Hause war bei meinen Eltern habe ich wenn Sie mir etwas befohlen haben, Ihnen entgegengeredet und Sie geschimpft. Der Vater hat gesagt wen Du dir die Arbeit zu sauer ist so geb ich dich

in die Irrenanstalt Niedernhart bei Linz. Ich bin dann darauf jähzornig geworden und habe zu ihm gesagt ich werde ihm mit den Messer drohen. Er hat dann gesagt ich wert dir schon eine Arznei dazugeben Mit den Anziehen weiblicher Kleider muß ich Ihnen gestehen, daß ich es nur aus Spaß gethan habe. Die Bauernknechte bei uns haben bei sogenannten Hanswurstspiel sich als Masken so verkleidet. Nu ich hab's ihnen dannachgemacht, damit Schluß. Jetzt mit den hinaufgehen mit Licht ist es so: Es war Samstag. Am Abend wie der Vater im Stall das Vieh fütterte, nicht unter seinen Augen war, bin ich mit einer Sterzinkerze hinaufgegangen und hab mirs geholt. Der Vater aber hat wegen den doch bemerkt. Er ging mir nach und fand wie ich das Kerzenlicht zu einer Bruthenne hinzuhalte. Was machst du da hat er zu mir gesagt. Ich aber hab das Sonntagsgewand schon in den Armen gehabt. Nun sagte ich zu ihm, warum lassest die zerbrochene Laterne nicht einglasieren. Das ist die Geschichte vom offenen Licht. Jetzt kommt das Letzte von meinen Brudern Heinrich. Es war das am 26. Dec. 1901. Bei uns war ein kleiner Bauernfeiertag. Nun und in der Frühe ist er aufgestanden von Bette und hat sich beim Ofen die Strümpfe gesucht hat mich gleich beschimpft. Ich bin zornig geworden und habe ihm mit ein Tischmesser am Rücken leicht verletzt. Die Mutter war im Zimmer anwesend, hat ihm gleich herausgezogen und die Verletzung untersucht. Sie hat gefunden, daß sie eine unbedeutende war. So und jetzt werde ich Ihnen meine Schnacksen mittheilen. Wie ich mit 7ten Jahren die Volksschule von J. besucht habe, haben meine Schulkameraden solche dumme Stücke ausgeführt. Ich hab's ihnen nachgemacht. Meine dummen Witze waren: den Kühen die Schweife zusammengebunden, bei den Gründen der Bauern meiner Heimat ihnen die Wiesenbewässerungsschwellen abgelassen. Wenn ich so sonntags spazieren gieng hab ich aus Zeitvertreib von einer Gschteken¹⁾ hat Erdreich in den dahinfließenden Bach geschmirt (hinabgeworfen). Meinen zweit jüngsten Bruder Ludwig die Hände mit Strassenkoth beschmutzt und habe halt lauter solche Dummheiten getrieben. Von der Mutter aber und der Schwester, daß ich mit ihnen etwas zu thun gehabt habe ist es die reine volle Wahrheit. Nun geehrter Herr Doctkor Wagner daß ist mein ganzer Lebenslauf. Ich meine daß Sie mit meiner Schreiberei vollends sein werden. Franz L Patient zu Niedernhart bei Linz in Verpflegung."

20. Juni. Wie kommen Sie in die Irrenanstalt? Das ist leicht gesagt. Der Verteidiger hat gesagt, wir konstatieren Geistesschwäche. Er mag nimmer lang dableiben, es fehlt ihm eh nix. Wenn er hinaus käme, würde er fleißig arbeiten; er möchte nach München, Nürnberg, Augsburg, Straubing und Wien reisen, da will er Lohnkutscher in Privathäusern werden, oder lieber kaiserlicher Diener oder kaiserlicher Kutscher. Der Kutscher, der den Kaiser führt bekommt 4000 fl, — verbessert sich — 1200 fl; ein kleiner, der die Erzherzoge führt, kriegt 7—800 fl im Jahr. In Wien sei ein Arbeitshaus,

1) Uferböschung. Der Verf.

wo man Arbeit bekommt, und der (nämlich der Vorsteher dieses Hauses) geht zum Kaiser, der (der Kaiser nämlich) wird es schon sagen, oder er bleibt hier als Wärter. Heim möchte er erst in zwei Jahren gehen. Zum Militär möchte er als Offiziersdiener kommen, der erhält 60 fl per Monat, nein per Jahr, verbessert sich nochmals: 1 fl im Tag. Beim Verhör durch den Adjunkten (des Bezirksgerichtes A.) hat er Ja gesagt, weil er die Herrn so gefürchtet hat. Dann aber hat es ihm eine Hetz gemacht; er dachte sich, er habe es ohnehin nicht getan, jetzt sag ichs Enk (= Euch), dann wird's schon anders werden. Es hat ihm gefallen, daß er sie so angelogen hat. Es wäre ihm doch leid gewesen, wenn die Mutter eingesperrt worden wäre, deshalb hat er das von der Mutter zurückgenommen, obwohl er glaubte, er werde länger eingesperrt, wenn er Nein sage; bei den Schwestern reißt es sich nicht soweit. Bei der Hauptverhandlung hat er die Marie angegeben, damit er was zum Reden hat.

22. Juni. Will um 15 fl zum Kegelscheiben heimschreiben. Wenn er Wärter ist, wird er auch wieder arbeiten.

27. Juni. Ein Versuch, ihn mit Gartenarbeiten im Anstaltspark zu beschäftigen, schlägt fehl, weil er, statt zu arbeiten, einem Dienstmädchen nachschleicht, wobei er sexuell erregt ist. Ein Mitpatient hat ihn dazu angelernt.

30. Juni. Schläft wenig, sekiert die Kranken, spricht mit sich, liegt den ganzen Tag beschäftigungslos herum.

4. Juli. Gerichtskommission.

Warum darf man nicht stehlen? Weil jeder das seine hat, braucht man dem andern nichts zu nehmen. Wenn aber einer nichts hat? Dann darf man schon etwas nehmen.

10. Juli. Nach dem Vater ist ihm nicht zeitlang, es fehlt ihm eh nix, etwas anviel reden tue er. Er habe nie einen Rausch gehabt, war immer mäßig im Trinken. Er habe nie mehr wie vier Glas getrunken.

15. August. Belästigt die Mitkranken, beschäftigt sich immer noch nicht.

10. September. Beginnt zu arbeiten.

30. September. Beschäftigt sich fleißig mit landwirtschaftlichen Arbeiten.

9. Oktober 1902. Ungeheilt ohne Rev. entlassen.

Epikrise.

Franz L. galt allgemein als schwachsinnig, man nannte ihn den närrischen Kramlmüllerfranzl. Mütterlicherseits ist er erblich belastet. Seine Mutter war zweimal während der Schwangerschaft und Geburt geistesgestört, und zwar zuerst, als sie mit ihrem ersten Sohn Franz in der Hoffnung war; sie zertrümmerte damals die ganze Einrichtung. Nachträglich habe sie sich wieder erholt. Ein Vetter der Mutter stand vom 6. August bis 19. September 1871 wegen Blödsinn in Anstaltsbehandlung. Als Kind

litt Franz L. aller Wahrscheinlichkeit nach an Rhachitis; er lernte erst mit zwei Jahren gehen, und lallte noch im sechsten Lebensjahre wie ein Kind mit 2—3 Jahren. Erst in der Schule lernte er ordentlich sprechen. Auf diese Störungen und Hemmungen im Anfange der Entwicklung ist, wie Buchholz¹⁾ hervorhebt, bei Begutachtung von Imbezillen ein besonderes Augenmerk zu lenken. In der Schule lernte er verhältnismäßig leicht und gut, hatte aber wenig Fleiß. Schon damals trat bei ihm die Lust zu verschiedenen Tierquälereien und boshaften Streichen auf. Die Eltern behandelten ihn mit übermäßiger Strenge. Vom Vater erhielt er viele Schläge auf den Kopf und von der Mutter, die „im Reden grob wie eine Stiefmutter war“, bekam er unzählige Schimpfworte. Diese Erziehung war wohl kaum geeignet, Liebe und Verehrung gegen die Eltern in ihm zu erwecken. Die egoistischen Interessen, das primäre Ich (*Meynert*), gewannen immer die Oberhand, die altruistischen Gefühle traten zurück. Die Folgen traten sofort zutage. Sobald das Leben an ihn Ansprüche stellte, versagte er gänzlich. Er war nicht imstande etwas zu lernen, tat nirgends gut, faulenzte, bedrohte seine Dienst- und Lehrherren, schlug Vater und Mutter, mißhandelte die Geschwister; und dabei maß er die Schuld immer nur den anderen bei, nie sich selbst.

Einfache Rechenexempel löst er ziemlich gut, so lange sie auf bloßer Gedächtnisleistung beruhen. Bei einfachen Schätzungen gerät er jedoch infolge Versagen des Schlußapparates ins Ungeheuerliche. So schätzt es die bisherigen Baukosten des in Linz im Bau begriffenen Domes (zirka 7 Millionen Kronen) auf 100 Millionen Gulden, die Baukosten der Anstalt gar auf 100000 Millionen Gulden. Ein Bett kostet nach seiner Schätzung 850 fl. Distanzen und Höhen schätzt er dagegen ziemlich gut. Eine vollständige Kritiklosigkeit und ein gänzlich Verkennen der Verhältnisse, gepaart mit einer gewissen Selbstüberschätzung, tritt in seinen Zukunftsplänen zutage. Er will Kutscher, kaiserlicher Diener werden, der Kaiser werde ihm auf die Vermittlung des „Arbeitshauses“ hin schon eine Stelle geben usw. In seinen Darstellungen ist er

¹⁾ *Buchholz*, Über Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen bei Beurteilung Imbeziller. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, S. 340.

ungemein weitschweifig, verliert sich in Detailschilderungen, schweift fortwährend ab und verliert den Faden der Erzählung. Die Suggestibilität ist erhöht, eine natürliche Folge seiner Kritiklosigkeit. Er bejaht daher die ihm vom Gendarm gestellten Suggestivfragen, und führt so seine Verhaftung herbei. Auffallend ist wohl das gänzliche Fehlen ethischer und moralischer Begriffe. Dankbarkeit ist für ihn ein leeres Wort, er weiß nicht, wie man sich den Eltern dankbar erweisen kann, dem Lehrer, dem Dienstherrn fühlt er sich überhaupt nicht zu Dank verpflichtet. „Es ist gut, wenn die Eltern recht strenge sind, daß die Kinder parieren und gehen, wie die Rosse;“ dennoch folgt er nicht; er setzt diese Meinung nicht in die Tat um, weil im gegebenen Momente die egozentrischen Gefühle die Oberhand gewinnen über einen leeren Begriff, dem die Gefühlsbetonung fehlt, ja er bedroht sogar den Vater mit dem Messer, weil er so streng war mit ihm. Glück und Unglück sind nur vom Besitz des Geldes, vom Essen und Trinken abhängig; wenn er daran keinen Mangel zu leiden hat, ist er zufrieden. Nur einmal bricht ein Rest von Kindesliebe durch. Als ihn seine Mutter bei dem Verhöre tränenden Auges anschaut, sagt er mit fester Stimme „Nein“ und nimmt das Geständnis, mit ihr Umgang gepflogen zu haben, zurück. Die Schwestern gibt er jedoch an, bei ihnen reißt es sich eh nicht so weit. Cynischer kann wohl kaum das Fehlen jeglichen moralischen Gefühles zutage treten. Das Anbrennen der Henne, damit sie besser Eier lege, ist wohl ebenso wie das Zusammenbinden der Schweife bei den Kühen auf den Imbezillen eigenen Hang zu Grausamsamkeit und Tierquälerei zurückzuführen. Die normale Libido sexualis scheint bei ihm wenig entwickelt zu sein, er behauptet nie mit einem Mädchen verkehrt zu haben, es hat ihn nicht angesehen; auch Onanie läßt sich nicht nachweisen. Merkwürdig ist jedoch, daß er weibliche Kleider anzog und sich vorstellte, er sei ein Mädchen, an dem der Coitus vollzogen werde, wodurch Wollustgefühle ausgelöst wurden. Kleiderfetischismus erscheint bei ihm ausgeschlossen, da er nach Aussage des Vaters in Ermangelung von Kleidungsstücken sogar alte Fetzen zur Drapierung benützte. Es dürfte sich wohl zweifellos um psychische Onanie mit merkwürdiger perverser Färbung handeln; da er aber

andererseits auch einem Dienstmädchen im Anstaltspark unter sexueller Erregung nachschleicht, zeigt sein geschlechtliches Fühlen Anklänge an den psychischen Hermaphroditismus. (*Krafft-Ebing*, *Psychopathia sexualis*.) Inwieweit die Gespräche sexuellen Inhalts seiner Kameraden an der Entstehung dieser Perversität ursächlich beteiligt waren, entzieht sich der Beurteilung. Beim Zustandekommen der konträren Sexualempfindung spielt ja die Vorstellung eine große Rolle. Diese Vorstellung kann ganz zufällig ausgelöst werden, und nachher bestimmend für die weitere sexuelle Betätigung des betreffenden Menschen sein, besonders bei Imbezillen und Degenerierten (*Cramer*, *Gerichtliche Psychiatrie* 1903).

Schlöß bezeichnet den moralischen Schwachsinn als Insuffizienz des schlußbildenden Apparates; ein moralischer Irrsinn als Störung des Gemütes bei geistiger Integrität ist nicht denkbar (*Jahrb. f. Psych.* VIII). Die Basis des Schwachsinnns beim Imbezillen liegt in einem Defekte des Assoziationsorgans als Gedächtnisorgan. Trotzdem der schlußbildende Apparat des Imbezillen genügt, das Unmoralische seiner Handlungsweise einzusehen, fehlt ihm das „Ausgeschliffensein der Bahnen“, sodaß sich im gegebenen Momente diese Einsicht nicht ausschlaggebend geltend macht. (*Berze*, *Über moralische Defektzustände*, *Jahrb. f. Psych.* XV.) Die starke Gefühlsbetonung der mit dem primären Ich verbundenen Assoziationen wird notwendig zu einer Einschränkung des sekundären Ich, zu einer verminderten Entwicklung der moralischen Gefühle führen. Die persönliche Gesittung fußt auf komplizierten Nebenassoziationen, welche in dem Assoziationsphänomen des Handlungsmotives zusammenwirken; der Defekt liegt beim moralischen Irrsinn in dem geringen Umfange des sekundären Ich. (*Meynert*, *Gehirn und Gesittung*.) Schwer ins Gewicht fällt zweifellos auch die ungeeignete rohe Erziehung, sowie das schlechte Beispiel der Umgebung — der Gemeindefarzt bezeichnete die Familie als körperlich schwach und sittlich verwahrlost —, umsomehr als das moralische Irresein nicht immer unheilbar ist. Impulse zur Bildung von sekundärem Ich haben schon die Weiterentwicklung begünstigt (*Meynert* l. c.). Doch müssen die Kranken frühzeitig erkannt und in die Hand sachverständiger Erzieher gegeben werden. (*Müller*.)

Das so vielgestaltige und wechselnde Bild der Imbezillität in allen seinen Abstufungen geht allmählich ohne scharfe Grenze in die Gesundheitsbreite über. Es wird daher die gerichtsärztliche Beurteilung eine umso schwierigere sein, je mehr der Fall sich dem Grenzgebiet nähert. In keinem Falle aber darf eine gerichtsärztliche Begutachtung den Ausgang von einem Verbrechen nehmen, welches wie im obigen Falle gar nicht begangen wurde. Nicht die Tat, der Täter ist zu begutachten. Daher widersprechen sich die beiden letzten Gutachten, obwohl sie von den gleichen Sachverständigen abgegeben wurden, und wurde der Fall erst durch die Beobachtung in der Irrenanstalt völlig klargestellt.

Über manische Verstimmung.¹⁾

Von

Dr. med. C. G. Jung, Burghölzli-Zürich.

Unter dem Namen der „manischen Verstimmung“ möchte ich einige Fälle veröffentlichen, deren Eigentümlichkeit in einem chronisch submanischen Verhalten besteht. Man kennt schon seit langem eine „konstitutionelle Verstimmung“ melancholischen und reizbaren Charakters und erst in neuerer Zeit wurde auch auf Fälle aufmerksam gemacht, welche, noch ganz in das Gebiet der psychopathischen Minderwertigkeit gehörend, durch ein exzessiv „sanguinisches Temperament“ auffallen. Soweit ich die einschlägige Literatur übersehe, hat zuerst *Siefert*¹⁾ einen einschlägigen Fall publiziert, welcher deutliche Anzeichen eines manischen Zustandes darbot, und von dem es sich durch anamnestiche Erhebungen herausstellte, daß er ein durchaus chronischer war und sich bis in die Jugend zurückverfolgen ließ. Der Patient war bei der Aufnahme 36 Jahre alt. Er hatte im Alter von 9 Jahren ein schweres Kopftrauma erlitten. Er zeigte gute Intelligenz und war ein geschickter Arbeiter. Er führte aber später ein Vagabundenleben, war Deserteur, Dieb, Ausbrecher und schwerer Alkoholiker. Er zeigte anmaßendes Benehmen, enorme Vielgeschäftigkeit, Weltverbesserungspläne, edle Vorsätze, Ideenflucht und auffallend geringes Schlafbedürfnis.

Bei früheren Autoren finden wir bloße Andeutungen die möglicherweise auf ähnliche Fälle könnten bezogen werden, wie z. B.

¹⁾ Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.

²⁾ *Siefert*: Allgem. Zeitschr. f. Psych. LIX S. 261.

bei *Pinel*¹⁾ dessen „Manie sans délire“ mit unversehrter Verstandestätigkeit und maniakalischen Handlungen jedoch ein zu weiter Rahmen für unser engumschränktes Krankheitsbild ist. Die *Mania chronica* bei *Mendel*²⁾ ist ein „sekundärer psychopathischer Zustand“ mit Blödsinn; ein Bild, das wohl kaum hierher gehört. Auch bei *Koch*, *Schüle*, v. *Krafft-Ebing* u. A. finden wir keine Erwähnung dieser Zustände. *van Deventer*³⁾ veröffentlichte 1896 einen zweiten Fall unter dem Namen, „sanguinische Minderwertigkeit“, welcher ungefähr die Mitte hielt zwischen dem „sanguinisch temperierten normalen Menschen einerseits und dem Maniacus andererseits“. Der Patient war erblich belastet, von Jugend an aufgereggt, unbeständig, von guter Intelligenz, geschickt in verschiedenen Handwerkszweigen, immer von heiterer Sorglosigkeit, starker Selbstüberschätzung, von wüstem, ungestümem Charakter, moralisch in jeder Hinsicht defekt, ideenflüchtig, von gefährlicher Rücksichtslosigkeit und ungemeiner Aktivität; gelegentlich zeigte dieser Patient auch tiefe Depressionen.

In seinem Grundriß der Psychiatrie entwirft *Wernicke* unter dem Namen der chronischen Manie eine zutreffende Schilderung dieser Fälle. Über deren Entstehung weiß er „nichts Sicheres auszusagen,“ nur glaubt er behaupten zu können, daß eine reine Manie niemals in einen solchen chronischen Zustand ausläuft. In dem Falle, den er zitiert, war eine mehrjährige Psychose, über welche keine Angaben erhältlich waren, vorausgegangen. *Wernicke* beschreibt den Zustand folgendermaßen: „Die chronische Manie hat alle wesentlichen Kennzeichen der akuten Manie, nur so modifiziert, wie es die Bedingungen eines chronischen, stabilen Zustandes mit sich bringen. Die Ideenflucht hält sich demgemäß in mäßigen Grenzen und steht noch unter dem Einfluß einer gewissen Besonnenheit und Selbstbeherrschung. Demgemäß ist die heitere Stimmung wenig ausgeprägt, kommt aber doch gelegentlich zum Durchbruch. Dagegen wird durch die unausbleiblichen Kollisionen mit der Sozietät die zornmütige Stimmungslage unterhalten. Das gesteigerte Selbstgefühl, das sich nicht bis zum

1) *Pinel*, *Traité méd. phil.* p. 137.

2) *Mendel*, *Die Manie* 1881.

3) *van Deventer*, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* LI S. 550.

eigentlichen Größenwahn erhebt, ist doch sehr merklich und verleiht den betreffenden Individuen eine Sicherheit des Auftretens, welche ihnen im Verein mit der unleugbar vorhandenen geistigen Produktivität ihr Fortkommen erleichtert. Dabei schaffen sie sich selbst allerlei Schwierigkeiten und Kollisionen durch die Nichtachtung aller derjenigen Normen und Rücksichten, welche ihnen durch Sitte und Gesetz auferlegt werden. Sie nehmen keinerlei und beanspruchen die größte Rücksicht. Eine formale Denkstörung braucht bei diesem Zustande auch nicht andeutungsweise vorhanden zu sein.“

Diese Schilderung paßt zwar im allgemeinen recht gut zum Bilde eines chronisch submanischen Zustandes, jedoch erscheint sie mir als etwas zu weit gefaßt, denn man könnte ihr ohne Zwang eine große Anzahl von Instabeln im Sinne *Magnans*, viele Querulanten und moralisch Schwachsinnige (*Moral insanity*) subsumieren. Wie die Erfahrung zeigt, gibt es auf vielen Gebieten der Psychopathie Individuen, die unscharf und leise ideenflüchtig denken, die egozentrisch rücksichtslos, zornmütig und geistig produktiv sind, die man aber kaum als chronisch manisch bezeichnen darf. Um zu einer genauen Diagnose zu gelangen, müssen wir in bestimmter Weise die Symptome der Manie fordern. Die bloß gelegentlich heitere Stimmungslage, die Selbstüberschätzung, die geistige Produktivität, die Kollisionen mit der gesetzlichen Ordnung genügen nicht, um die Diagnose einer „chronischen Manie“ zu stellen. Dazu bedürfen wir vor Allem der Kardinalsymptome der Manie: Gemütslabilität mit vorwiegend heiterer Verstimmung, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Vielgeschäftigkeit (oder Bewegungsdrang) und in Abhängigkeit von den Hauptsymptomen: Selbstüberschätzung, Größenideen, Alkoholismus und sonstige moralische Defekte.

Was den Namen manische Verstimmung anbetrifft, möchte ich denselben der „sanguinischen Minderwertigkeit *van Derenters*“ vorgezogen wissen, denn er bezeichnet meiner Ansicht nach genauer dasjenige, was unter ihm verstanden wird. Wir kennen bereits den Begriff einer konstitutionellen, melancholischen Verstimmung, welcher ein Krankheitsbild bezeichnet, dessen Stellung zwischen „gesund“ und „krank“ genau derjenigen

der konstitutionellen manischen Verstimmung entspricht. Was den Namen „chronische Manie“ im Sinne *Siefferts* und *Wernickes* betrifft, so erscheint mir dieser Ausdruck vor allem zu stark, denn es handelt sich keineswegs um eine eigentliche Manie, sondern bloß um einen submanischen Zustand, der nicht als Psychose gelten kann. Die relativ leichten manischen Symptome sind nicht Teilerscheinungen einer periodischen Manie und darum selten allein vorhanden; sie mischen sich vielmehr häufig mit anderen psychopathischen Zügen, was man übrigens a priori schon erwarten kann, indem die Grenze zwischen den Krankheitsbildern auf dem Gebiete der psychopathischen Minderwertigkeit außerordentlich unbestimmt und schwankend sind. Die übermäßige Betonung des Ich, eine gewisse Periodizität verschiedener Symptome, wie Reizbarkeit, Depression, Exazerbationen der stabilen Abnormitäten, hysterische Züge etc. finden wir fast überall bei Entarteten, ohne daß deshalb ein tieferer Zusammenhang mit den Hauptsymptomen zu bestehen braucht. Es ist dies nur ein Grund mehr, die Grenzen unseres Krankheitsbildes möglichst eng zu ziehen und immer die Existenz der manischen Hauptsymptome zu fordern.

Nachstehender Fall stellt eine sehr leichte Form manischer Verstimmung dar und streift nahe an einfacher psychopathischer Instabilität.

A. geboren 1875. Kaufmann. Heredität: Vater 12 Jahre nach der Geburt des Patienten an progressiver Paralyse erkrankt. Übrige Familienglieder gesund. Patient war ein aufgewecktes, kluges Kind. Körperlich etwas schwächlich. Im 8. Jahre Scharlach. In der Schule nach seiner Angabe zerstreut und unaufmerksam, trieb immer Allotria. Im 12. Jahre schwere Diphtherie mit nachheriger Akkommodations- und Gaumenlähmung. Später in der Schule faul und oberflächlich, aber wenn er sich ernstlich Mühe gab, von großer Leistungsfähigkeit. War sehr leicht zu Tränen rührbar, soll seit der Diphtherie viel „unbegreiflicher“ geworden sein. Im 13. Jahre kam er ans Gymnasium, wo ihm das Arbeiten sehr leicht fiel, war immer unter den besseren Schülern, war überhaupt begabt, aber ohne Ausdauer. Schon frühe auffallende Neigung zu Alkoholabusus; keine Alkoholintoleranz. Patient war immer froh gelaunt, unbekümmert. Machte ein gutes Abiturium. Nachher kam er in das Geschäft eines Verwandten. War nicht recht dabei; arbeitete wenig. ließ sich durch alle möglichen Vergnügungen von der Arbeit ablenken. Nach 1 Jahr Militärdienst als Einjährig-Freiwilliger bei der Cavallerie. Zuerst

bloß in froher Gesellschaft, dann auch immer vor dem Dienst, zur Beschwichtigung des Tremors, schwerer Alkoholabusus, hatte immer die gefüllte Genèveflasche bei sich und machte „enorm mit.“ War stets der „Betriebsbonze und Vergnügungsönkel.“ In den letzten Monaten des Militärdienstes angeblich bloß noch 4 Stunden Schlaf ohne tagsüber ermüdet zu sein. Nachher wieder ein Jahr zu Hause. Arbeitete fast nichts. Hatte allmählig in den letzten Monaten Verstimmungen bekommen, die jeweils einen Tag dauerten und in unregelmäßigen Intervallen sich durchschnittlich alle 8 Wochen wiederholten. Während derselben war er grundlos verstimmt, teils gereizt, teils deprimiert, hatte trübe Gedanken, pessimistische Weltauffassung, oft war er auch so gereizt, daß, wenn ihm die Mutter oder Schwester etwas fragte, er an sich halten mußte, um nicht „mit beiden Fäusten auf den Tisch zu schlagen.“ Er konnte sich zu gar keiner Arbeit konzentrieren, „eine furchtbare innere Unruhe“ quälte ihn beständig, ein „rastloser ewiger Drang wegzukommen“, seine Situation zu verändern, hinderte ihn an jeder ersprießlichen Tätigkeit. Er jagte von Vergnügen zu Vergnügen und konsumierte dabei enorme Alkoholmengen. Seine Verwandten entschlossen sich, endlich seinem Drange nach Veränderung nachzugeben und ließen ihn ins Ausland gehen, wo er eine Stelle in einer Filiale bekam. Dort ging es aber gar nicht. Patient setzte sich über die Autorität seines Oheims und Chefs hinweg, ärgerte denselben auf alle erdenkliche Weise, machte ihm Grobheiten und führte einen ganz zügellosen Lebenswandel mit Excessen in jeder Hinsicht. Er arbeitete gar nichts und mußte nach wenigen Monaten als schwerer Alkoholiker 1899 nach Hause geschickt werden. Er wurde nun in eine Trinkerheilstätte versorgt, wo er sich aber wenig um die abstinente Hausordnung kümmerte und seine Ausgänge zu Exzessen in Baccho et Venere benützte. Er befand sich dort ca. 6 Monate und kehrte darnach, etwas gebessert, zurück. Zu Hause hielt er sich nicht abstinenter, benahm sich aber doch relativ anständig, bis eine geplante Verlobung sich zerschlug, was ihm einen tiefen Eindruck machte. In der Verzweiflung exzedierte er wieder im Trinken und zwar so schwer, daß er ein zweites Mal in die gleiche Anstalt versorgt werden mußte. Dort versuchte er wie früher den Alkoholgenuß zu dissimulieren, was ihm indessen nicht immer gelang. Zweimal brannte er förmlich durch, machte einmal eine Reise nach Mailand und verbubelte in wenigen Tagen mehrere hundert Mark. Als ihm das Geld ausging, telegraphierte er um welches und kehrte mit einem tiefen moralischen Kater wieder zurück. Als ihm, in diesem Zustande, die Verbringung in eine geschlossene Anstalt vorgeschlagen wurde, erklärte er sich einverstanden und wurde am 22. Juli 1901 ins Burghölzli aufgenommen. Bei der Aufnahme ist Patient leicht alkoholisiert, euphorisch, sehr gesprächig, ideenflüchtig, gerät bei der Nachricht, daß ihm seine Mutter folgenden Tags besuchen werde, in Aufregung, weint, erklärt, nicht in diesem Zustande zu sein, dieselbe zu empfangen. Bezüglich seiner Trunksucht zeigte er Einsicht, bezüglich ihrer Heilbarkeit aber einen ganz oberflächlichen Optimismus. Von körperlichen Befunden ist bloß eine deutliche Pupillen-

differenz hervorzuheben. Im Laufe des Juli ging es ordentlich. Patient war immer sehr lebhaft, sehr gesprächig, heiter liebenswürdig, zeigte viel gesellschaftliches Talent, blasiertes Urteil, das nie gründlich und im besten Falle geistreich war. Bei Gelegenheit von Spaziergängen konnte er stundenlang unaufhörlich reden und erzählte ideenflüchtig vom Hunderten ins Tausendste. Er wußte über Alles zu sprechen und tat dies überall mit der größten Oberflächlichkeit. Er zeigte eine erstaunliche Belesenheit in deutscher und englischer Romanliteratur leichteren Charakters und eine eigentümliche Vielgeschäftigkeit ohne irgendwelche Ausdauer. Er kaufte sich innerhalb kurzer Zeit über 100 Bücher, welche er nicht einmal zur Hälfte las. Sein Zimmer war angefüllt mit Zeitungen, Witzblättern, Ansichtspostkarten und Photographien. Er nahm Zeichnungsstunden und renommierte mit seiner künstlerischen Begabung. Nach 3 oder 4 Stunden gab er das Zeichnen wieder auf, ebenso ging es mit Reitstunden. Seine abnorme Oberflächlichkeit sieht er ein und giebt sie ruhig zu, er rühmt sich sogar dieser Spezialität: „Sehen Sie, ich bin der gebildetste und belesendste oberflächliche Mensch,“ sagte er mir einmal. Mitte September war seine Geduld zu Ende. Er wurde sehr verstimmt, gereizt, drängte plötzlich heftig hinaus, telegraphierte nach Hause, er könne unmöglich länger mehr hier bleiben. Er schrieb einen langen Brief an die Ärzte in gereiztem, aggressivem Ton und mehrere ähnlich klingende an seine Verwandten. Nach einigen Tagen wurde er indessen wieder ruhiger und vernünftiger. Es wurden ihm von da an mehr Freiheiten gewährt z. B. freier Ausgang. Er fing nun an, allabendlich auszugehen, besuchte meist leichtere Konzerte und Variétés, und brachte fast den ganzen Morgen im Bett zu. Seine Stimmung war andauernd heiter, er arbeitete gar nichts, ohne sich dabei im geringsten unglücklich zu fühlen. Dieses inhaltslose Leben setzte er bis zu seinem Austritte fort. Von der Notwendigkeit der Abstinenz war er überzeugt, aber er überschätzte seine Energie und Widerstandskraft bedeutend. Für sein früheres Leben mangelte ihm ein gewisses Schwamgefühl; er konnte mit breitem Behagen erzählen, wie er seinen Onkel fast krank geärgert hatte und empfand dafür, daß der Onkel sich eine große Mühe mit ihm gegeben hatte, um ihn wieder auf einen rechten Weg zu bringen, keine Spur von Anerkennung. Auch in der Geschichte seiner Trink-, und sonstigen Exzesse schwelgte er, obschon dieselbe durchaus nichts Rühmliches enthält.

Die manischen Symptome dieses Falles lassen sich andeutungsweise bis zur Gymnasialzeit verfolgen, die schlechthin psychopathischen bis zu der Diphtherie im 12. Jahre. Die spätere Lebensführung vom Abiturientenexamen an ist ganz abnorm und läßt die Wahl zwischen zwei Diagnosen: psychopathischer Instabilität und manischer Verstimmung. Moral insanity, an die man auch denken könnte, erscheint ausgeschlossen durch die ausgiebigen Gemütsreaktionen. Ein einfacher Alkoholismus ist sicher nicht vorhanden,

da die psychische Abnormität unverändert, auch in der Abstinenzzeit, fortbesteht. Schließen wir diejenigen Züge, die einer gewöhnlichen, psychopathischen Minderwertigkeit angehören können, Egozentrität und Periodizität von Reizbarkeit und Depression aus, so bleiben noch die als submanisch zu bezeichnenden Symptome einer leisen Ideenflucht, einer vorwiegend heitern und ganz inadäquaten Stimmung und einer Vielgeschäftigkeit ohne Konsequenz und Ausdauer. Der moralische Defekt erklärt sich hinlänglich aus der Oberflächlichkeit der Stimmungslage und der geringen Nachhaltigkeit der Affekte.

Der folgende Fall betrifft eine Frau von ähnlicher Lebensführung, bei welcher wir aber, dank einer genauern Anamnese, einen tiefern Einblick in die Art ihrer Gemütsveränderung besitzen:

Frau B. geboren 1858. Heredität. Vater neurasthenischer Sonderling und Potator, an Leberzirrhose gestorben. Mutter herzleidend, soll geisteskrank gestorben sein, angeblich Paralyse. Von schweren Krankheiten aus der Jugend nichts bekannt. Patientin war ein aufgewecktes, ungemein lebhaftes Kind und gute Schülerin. Sie hatte schon frühe unter unerquicklichen häuslichen Verhältnissen zu leiden; ihr Vater war Rechtsanwalt, ihre Familie von gutem sozialem Niveau. Zwischen den Eltern bestand fortwährend Streit, da der Vater außerhalb der Ehe ein illegitimes Verhältnis unterhielt. In ihrem 18. Jahre erlitt Patientin durch einen im Geschäfte ihres Vaters angestellten Sekretär zwei schwere Notzuchtsattentate, die sie ihren Eltern nicht zu enthüllen wagte, da der Sekretär ihr drohte, er könne über gewisse Geschäfte ihres Vaters vernichtende Enthüllungen machen. Sie litt jahrelang schwer unter dem Drucke dieser Attentate und unter beständigen sexuellen Belästigungen durch den Attentäter. Allmählich entwickelten sich bei ihr hysterische Krampfanfälle, anomale Stimmungen, meist Depressionen mit starker Verzweiflung, in denen sie Wein zur Betäubung zu trinken anfang. Sie war nach den Angaben ihrer Angehörigen von Gemüt gut und weichherzig, aber äußerst willenschwach. Mit 22 Jahren verheiratete sie sich. Vor der Hochzeit reiste sie mit Einwilligung der Eltern ihrem Bräutigam, der in Italien wohnte, ein Stück weit entgegen, kehrte aber nicht sofort mit ihm zurück, sondern schwärmte zwei Tage mit ihm herum, bevor sie heimkam. Sie heiratete in glänzende Verhältnisse. Die Ehe war aber keine glückliche. Patientin fühlte sich von ihrem Manne nicht verstanden, konnte sich nicht recht in die Etiquette finden. Bei einem gesellschaftlichen Anlasse in ihrem Hause machte sie sich heimlich davon und tanzte im Hofe mit den Knechten und Mägden. Im Wochenbett war Patientin sehr aufgeregt, teils aus Schwäche, teils wegen merklich zunehmender Entfremdung ihres Gatten. Sie hatte schon seit Beginn ihrer Ehe sich an den Genuß feiner Weine und Liköre gewöhnt. Jetzt

trank sie mehr und mehr. Wegen zunehmender Reizbarkeit und Aufregung schickte sie der Gatte auf Reisen zur Erholung. Als sie wieder nach Hause kam, fand sie, daß ihr Gatte unterdessen ein intimes Verhältnis mit der Haushälterin angeknüpft hatte. Dieser Umstand genügte, um ihren sowieso aufgeregten Zustand derart zu verschlimmern, daß sie in eine Anstalt versorgt werden mußte. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr kehrte sie wieder zurück und sah, daß die Haushälterin als Maitresse ihres Gatten, sie völlig verdrängt hatte. Infolgedessen erneute Alkoholexzesse. Sie kam darauf in eine schweizerische Irrenanstalt. Aus der damaligen Krankengeschichte entnehmen wir folgende bemerkenswerte Punkte: Bei der Aufnahme am 13. Mai 1888 lebhaftes Selbstanklagen, klagt auch über eine unerklärliche innere Unruhe (die angeblich seit dem sexuellen Attentat bestehen soll). Sie ist aber bald wieder besserer Stimmung, fängt an, die Anstalt mit der Privatirrenanstalt, wo sie früher untergebracht war, zu vergleichen, renommiert mit Letzterer, beklagt sich, daß man sie II. Klasse untergebracht habe, kritisiert die Hausordnung. Sie ist äußerst labil, hat sofort Tränen in den Augen, im nächsten Augenblick lacht sie wieder hell auf, treibt allerhand Späße. Sie ist von auffallender Redseligkeit und erzählt vor den Mitpatientinnen ganz offen, wie sie sich betrunken habe, ohne sich im geringsten zu schämen. Patientin bleibt nach Abklingen der Alkoholsymptome gemütlich sehr labil, schwatzhaft, klatsch-süchtig, hat Freude an zweideutigen Erzählungen, verdreht gerne, kritisiert voreilig ärztliche Maßnahmen, und „lacht wie eine Dienstmagd sehr laut über ganz ordinäre Witze,“ mit dem Personal familiär, gesellschaftlich sehr unterhaltend. Diese gemütliche Labilität hielt unverändert an, so lange Patientin sich in der Anstalt befand. Die Diagnose lautete auf Alkoholismus mit ethischem Defekt. Im November 1890 wurde die Scheidung ausgesprochen, was von Patientin sehr schwer empfunden wurde. Im Dezember 1890 trat sie aus mit den besten Vorsätzen für die Zukunft. Sie hatte eine Rente von 2000 frs. auf 5 Jahre. Sie lebte nun mit einer Freundin zusammen, die großen Einfluß auf sie hatte. Sie hielt sich während dieser Zeit angeblich fast völlig abstinente. Als 1895 ihre Rente aufhörte, nahm sie mit ihrer Freundin Stelle in einer schweizerischen Irrenanstalt. Sie fühlte sich aber nicht befriedigt, vertrug sich schlecht mit ihren Vorgesetzten, regte sich stark auf, als auf ihrer Abteilung einige Entweichungen stattfanden und verließ nach einigen Monaten die Stellung. Sie wohnte darauf allein und geriet wieder ins Trinken. Sie konnte sich aber noch vor dem gänzlichen Zusammenbruche entschließen, freiwillig eine Anstalt aufzusuchen und trat am 19. Oktober 1895 ins Burghölzli ein. Bei der Aufnahme ähnlich wie bei der oben berichteten Aufnahme, nur weniger alkoholisiert. Die anfängliche Depression verschwindet rasch und macht sich nur noch Luft in einigen überschwänglichen Briefen an eine Freundin. Sie ist „Stimmungsmensch“, „kann ihre Gefühle nie verbergen“, läßt sich von ihrer jeweiligen Laune ganz beherrschen. Sie ist ungemein tätig und paßt sich sehr rasch an, „meist munter, temperamentvoll, mit den schlechtesten Witzen bei der Hand“. vorüber-

gehend auch verstimmt, oft in etwas sentimentaler Weise sich geberdend. In Anstaltskonzerten ostentatives Benehmen, anstatt zu singen, fängt sie aus vollem Halse zu lachen an etc. 1896 verlobt sie sich plötzlich bei einem Ausgang mit einem Patienten, ebenfalls Alkoholiker. Juli 1896 Entlassung und Entwotigung. Im Gutachten wird betont, daß ihr Alkoholismus auf ihre Stimmungen, die sie vollkommen beherrschen, zurückzuführen sei. Ihre Gemütsstimmung soll gegen früher gleichmäßiger geworden sein, aber dennoch bestehe „eine auf angeborener Anlage beruhende Labilität der Stimmung und große gemüthliche Erregbarkeit.“ Sie lebte darauf mit ihrem Verlobten in wilder Ehe. Er wurde aber bald wieder rückfällig und verführte sie auch wieder zum Trinken. Er wurde versorgt und sie, sich selbstüberlassend, versuchte durch Handel mit Lebensmitteln ihren Unterhalt zu erwerben, was ihr aber nicht recht gelang. Sie wurde wieder schwer trunksüchtig. Sie betrank sich täglich, trieb sich in übelbeleumdeten Lokalen herum, riß sich einmal in der Aufregung die Kleider vom Leibe, so daß sie im Hemd stand. Kam oft in die Wirtschaft bloß mit Hemd und Regenmantel bekleidet. November 1897 wird sie wieder interniert. Bei der Aufnahme hysterischer Anfall und Del-trem.-Erscheinungen. An den folgenden Tagen tiefe Depression, welche in leichter Form noch bis Januar 1898 anhielt, was aber nicht hinderte, daß sie anläßlich eines Festes große Lebhaftigkeit entwickelte; später oft empfindlich, läßt die Andern ihre sozial höhere Stellung fühlen, zeitweise erotisch, sucht mit einem Patienten anzubändeln, singt demselben von Ferne sentimentale Lieder. Bezüglich ihrer Zukunft ist sie voll optimistischer Pläne, Sie beschäftigt sich mit Erlernung des Maschinenschreibens und hilft im anatomischen Laboratorium. Im März 1898, gelegentlich eines Ausganges, betrinkt sie sich plötzlich in leichterem Grade, erhält deshalb einen Verweis, worüber sie in einen uneinsichtigen Zorn gerät. Folgenden Tags wird sie in schwer berauschem Zustand aufgefunden und es stellt sich heraus, daß sie sich mit 96^o/oigem Alkohol im Laboratorium betrunken hat. Sie ist äußerst aufgeregt, anfangs ganz unzugänglich, stößt Drohungen aus, später manisch, ideenflüchtig, lebhafter Bewegungsdrang, erotisch, Galgenhumor. Nach einigen Tagen wieder wie früher; fügt sich nicht recht in die Anstaltsordnung, koquettiert mit einem manischen Patienten anläßlich eines Konzertes. Von Zeit zu Zeit ausgelassen lustig. Am 11. Oktober 1900 entlassen in eine Stelle als Haushälterin. Arbeitete dort außerordentlich fleißig und war wegen ihrer stets frohen Laune und ihrer Gesellschaftlichkeit sehr geschätzt. Aus einem Briefe aus dieser Zeit entnehmen wir folgende Stellen, die charakteristisch sind für ihre Selbstüberschätzung, ihre übertriebene, starke Ausdrücke liebende Sprache und für ihre gehobene Stimmung:

„Das ewige Mißtrauen, der ewige Unglaube dieser Pessimisten an eine endgültige moralische Heilung, bringt einen um alle Kraft und bricht den Mut. Man sieht sich von andern aufgeben und gibt sich schließlich selbst auf. Dann sucht man Betäubung seiner Seelenqualen und ergreift jedes Mittel, das betäubt und — wenn's Spiritus hieße. Gott sei Dank brauche ich

heute diese Betäubung nicht. Sind Sie jetzt zufrieden mit mir? Glauben Sie bald an meine Löwenstärke? — !!“

„Meine Begabung für Kindererziehung ist eine Tatsache, wogegen weder der Skeptizismus eines Herrn Dr. X., noch die Findigkeit eines Professor Y. aufkommen.“

„Ich bin Abends so müde, daß mir der Schädel brummt, als hätte er an der Basler Fastnacht als Trommel gedient. Unter solchen Umständen muß man mir es zu gute halten, wenn Briefe von meiner Hand zu Paradiesvögeln werden und die Neigung zum Tintenbajaderentum in den letzten Zügen liegt.“

Im Juli 1901 erkrankte sie an Influenza, ihr Patron gab ihr unvorsichtigerweise Wein zur Stärkung (!), worauf sie sich dann täglich eine Flasche Wein geben ließ. Am 7. Juli 1901 Wiederaufnahme ins Burghölzli wegen Delirium tremens; sie hatte in letzter Zeit Alcool de Menthe und Eau de Cologne getrunken. Von Zeit zu Zeit anscheinend tiefe Depressionen mit sentimentaler Färbung, die aber nie so schwer sind, daß man Patientin nicht zu einem ausgelassenen fröhlichen Gelächter bringen könnte. Anläßlich eines Konzertes (August 1901) ganz manisches Benehmen, schmückt sich mit drei großen Rosen, kokettiert unverhohlen, zeigt motorische Unruhe, benimmt sich äußerst taktlos gegen die Andern. Für dieses Benehmen nachher ganz einsichtslos. Sie ist „überaus anregbar bis zur höchsten manischen Stimmung“. (Juli 1901.) Bei einer Musikprobe auf dem Zimmer eines Assistenzarztes „überaus lebhaft und gesprächig, erotisch und herausfordernd“. Während der Periode sexuell sehr erregt, dabei jeweils deprimiert. Ihre Abschreibearbeiten besorgt sie flüchtig und unachtsam, beschreibt leere Blätter mit sentimentalen Sentenzen und ideenflüchtigen Kritzeleien. Sie ist zu allen Tätigkeiten anregbar, ohne dabei nachhaltige Energie zu zeigen. Sehr empfindsam und mit tiefer Depression auf Tadel reagierend, alle Gemütsreaktionen sind äußerst labil und übermäßig. Patientin ist uneinsichtig für ihre Labilität, überschätzt sich und ihre Widerstandskraft ganz bedeutend, hat ein hohes Gefühl von ihrem persönlichen Werte und kann sich gelegentlich sehr wegwerfend über andere Menschen äußern. Sie hat das Gefühl, daß sie noch „eine Aufgabe vor sich habe“, „zu etwas Höherem und Besserem bestimmt sei“, daß nicht ihre Minderwertigkeit, sondern unglückliche äußere Umstände an ihrer Degeneration schuld seien. Seit August 1902 bis April 1903 machte Patientin eine Entfettungskur, wobei gegen das Frühjahr eine stabilere Depression von sentimentaler Färbung auftrat, während welcher sie ihre Kopierarbeiten sorgfältiger ausführte als früher.

Die ersten psychopathischen Erscheinungen dieser belasteten Patientin zeigen sich vom 18. Jahre an in Form einer starken Hysterie infolge sexueller Traumen. Andeutung einer über das Gebiet der Hysterie hinausreichenden Gemütsanomalie finden sich von ihrem 22. Jahre an. Aus dem 30. Jahre besitzen wir eine

genaue Krankheitsgeschichte, welche bereits Oberflächlichkeit und Gemütslabilität feststellt. Außer Alkoholismus wird ein ethischer Defekt diagnostiziert (1888). 1896 wird der Alkoholismus als abhängig von ihrer gemüthlichen Labilität erkannt. Im Verlaufe der Jahre hat sich bei der Patientin die manifeste Hysterie ganz verloren bis auf wenige Andeutungen (sentimentale Färbung der Depressionen). Die Gemütsanomalie ist aber stabil geblieben. Die von Zeit zu Zeit eintretenden Depressionen sind immer von kurzer Dauer und nie so tief, daß sie sich nicht durch einen Scherz heben ließen. Die einzig länger dauernde Depression, welche auf das Benehmen der Patientin einen entschieden bessernden Einfluß hatte, kam unter Einwirkung der Entfettungskur zustande und darf darum als eine spezifische Wirkung dieser Kur aufgefaßt werden. Depressionen bei der Entfettungskur kommen auch bei Normalen vor. Häufig haben die Depressionen der Patientin auch einen rein reaktiven Charakter, namentlich nach Tadel und sind dann bloß übermäßige Reaktionen auf einen deprimierenden Reiz. Spontane Exazerbationen der stabilen Symptome wurden mit Sicherheit nie beobachtet; meist sind es übermäßige Reaktionen auf Lustaffekte oder Alkohol. Im Rausche ist Patientin ausgesprochen manisch. In ihrem Normalzustande finden wir eine leise Ideenflucht, die sich besonders deutlich in ihren Schriftstücken ausspricht, eine vorwiegend heitere Stimmungslage mit optimistischer Auffassung, welche oft eine starke Selbstüberschätzung verrät, eine große Labilität der Lust- und Unlustaffekte und starke Ablenkbarkeit. Die manische Vielgeschäftigkeit zeigt sich für gewöhnlich bloß in einer auffallenden Lebhaftigkeit und Gesprächigkeit; es bedarf aber nur eines festlichen Anlasses, um sofort eine ganz erhebliche Steigerung der motorischen Beweglichkeit hervorzurufen. Noch deutlicher als im ersten Falle ist hier die Abhängigkeit des Alkoholismus und überhaupt der moralischen Minderwertigkeit von der Gemütsanomalie.

Der dritte Fall betrifft eine Patientin, welche äußerlich namentlich durch soziale Unbeständigkeit auffällt.

Fräulein C., geboren 1876, Krankenpflegerin. Heredität. Vater Potator, starb an Leberkarzinom. Stiefschwester (vom gleichen Vater) epileptisch. Patientin hat in der Jugend keine schweren körperlichen Krank-

heiten durchgemacht. War in der Schule geschickt, hatte mit wenig Ausnahmen auch im Betragen gute Zensuren. Als sie einmal eine schlechte Zensur im Rechnen erhalten hatte, zerriß sie das Zeugnis vor den Augen des Lehrers. Einmal schrieb sie auch einen anonymen Brief an die Schulpflege, worin sie gewisse Lehrer wegen zu vieler Aufgaben denunzierte. Einmal lief sie auch zwei Tage lang fort. Sie war ein sehr lebhaftes Kind, las leidenschaftlich gern (oft halbe Nächte hindurch) Romane. Mit 16 Jahren verließ sie die Schule und kam bei ihrer Schwester als Weißnäherin in die Lehre. Sie arbeitete aber wenig, las meistens, gehorchte ihrer Schwester nie, nach $\frac{1}{2}$ Jahr bekamen die Schwestern Streit, worauf Patientin in eine andere Lehre übertrat, wo sie aber statt zwei Jahren bloß $\frac{3}{4}$ Jahre blieb. Sie zeigte eine rasche Auffassung bei geringem Fleiß, war meist sehr heiter, hie und da auch gereizt. Sie war zwar „gemütlich“, aber es ging ihr doch „Nichts so recht zu Herzen“. Das „Wanderfieber brannte in ihr“ und sie setzte ihren Willen durch, nach Genf zu gehen. Dort engagierte sie sich als Weißnäherin in einer Lehre für ein Jahr, blieb auch so lange, machte aber von Zeit zu Zeit Ferien, indem sie ihrer Vorgesetzten den Tag zahlte. Darauf kehrte sie wieder nach Hause zurück. In dieser Zeit nährte sie sich fast ausschließlich von Süßigkeiten und vertilgte davon gelegentlich für fünf Franks pro Tag. Trotzdem es ihr schließlich davor ekelte, mußte sie doch noch lange Schokolade kaufen, wenn sie an einer Konditorei vorbeiging. Sie verteilte dieselbe dann an Kinder auf der Straße. Das Geld für ihre Passionen entlehnte sie überall in leichtsinnigster Weise, nahm es auch oft einfach ihrer Schwester weg oder trotzte es derselben ab. Nach ca. $\frac{1}{2}$ Jahr erzwang sie es, mit einer Verwandten nach Amerika zu gehen. blieb bei derselben in Chicago vier Wochen, ohne etwas zu arbeiten. Darauf arbeitete sie in einer Posamenterie, lief nach vier Tagen, ohne zu kündigen, wieder fort. Wechselte dann nacheinander zehn Stellen, wobei sie in jeder einige Stunden bis höchstens einige Tage aushielt. Schließlich ihr passende Stelle als Gesellschafterin. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr Erkrankung an Magengeschwür. Darauf Rückkehr in die Schweiz. Eine Stelle als Lingère in einem Hotel verließ sie nach fünf Tagen wieder wegen Streit mit dem Patron, kehrte wieder nach Hause zurück. Nach einigen Wochen Stelle als Magd. Nach acht Monaten war ihr dieser Beruf aber wieder verleidet. „Sie könne überhaupt nur solange an einer Stelle sein, bis sie Land und Leute kenne, dann müsse wieder etwas anderes her.“ Darauf als Lehrtochter in ein Spital in Bern. Nach fünf Monaten verleidet, trat in ein anderes Spital ein, erkrankte dort nach vier Monaten wieder an Magengeschwür, dann mehrere Monate krank zu Hause. Knüpfte zu dieser Zeit mit einem liederlichen Nachbarsohn ein illegitimes Verhältnis an. Nach ihrer Genesung Ladentochter in Zürich. Verbrauchte erhebliche Summen für sich und ihren Freund, den sie immer finanziell unterstützte. Das Geld entlehnte sie überall und ließ die Schulden durch Vater und Schwester zahlen. Sie wurde deshalb zur Kur in eine Gebetsheilanstalt gesteckt, wo sie es bei mäßiger Arbeit sechs Monate aushielt, dann vier Monate Stelle als Magd,

knüpfte wieder ein anderes sehr intimes Verhältnis an. Verleidete aber ihrem Geliebten bald. Darauf sieben Monate als Wärterin in einer Anstalt für Epileptische, dann fünf Monate als Kinderwärterin in Privatstelle, wegen Streit mit einer Nebenmagd trat sie aus, begab sich zu ihrem letzten Geliebten in W., dem sie eine heftige Szene machte, um sich schließlich wieder mit ihm auszusöhnen. Darauf nahm sie wieder für vierzehn Tage Stellung als Magd an in Schaffhausen, darauf für zwei Tage in Bern, einige Wochen in Zürich, wieder vier Wochen in Bern, dann wieder in Zürich für kurze Zeit, darnach zwei Monate als Pflegerin in einer Irrenanstalt, dann wieder einige Tage in W., wo sie ihren Verdienst im Hotel durchbrachte und Streit mit dem Geliebten anfang. Nach kurzer Zeit Wiederversöhnung. Patientin kehrte nach Zürich zurück, entzweite sich innerhalb kurzer Zeit noch zweimal mit dem Geliebten, nahm wieder für zwei Monate Stellung an, darnach reiste sie nach Chur „bloß zum Vergnügen“, von dort nach W. zurück, um ihrem Geliebten wieder eine Szene zu machen, kehrte wieder nach Zürich zurück für wenige Tage, um gleich darauf wieder nach W. zu kommen und dem Geliebten eine zweite und diesmal endgültige Szene zu machen. Darauf nahm sie eine Stelle als Kindermädchen im Wallis an, blieb 2½ Monate. Sie erkrankte aber neuerdings an Magengeschwür und kehrte nach Zürich zurück via W. Als sie in W. ausstieg, traf sie gleich ihren Geliebten an, was sie so ärgerte, daß sie sofort in den Zug nach Zürich stieg. Als sie aber in Zürich ankam, reute sie ihr plötzlicher Entschluß und sie setzte sich sofort wieder in den Zug nach W. Auf dem Bahnhof in W. angelangt, reute sie auch dieser Entschluß und sie fuhr sofort wieder nach Zürich zurück. (Die Distanz Zürich-W. beträgt 1½ 2 Stunden Eisenbahnfahrt.) Als sie einmal von einem solchen Streite von W. zurückkehrte, ging sie kurzerhand mit einem Unbekannten, den sie auf dem Bahnhof in Zürich angetroffen hatte, in ein Hotel und übernachtete mit ihm. Mit einem andern knüpfte sie erotische Gespräche an und soll denselben bis ins Kloset verfolgt haben, sodaß sie öffentlich Anstoß erregte.

Wo sie in Stellung war, hatte man sie gern, sie war stets tätig und angenehm im Verkehr. Sie war nie ruhig, immer geschäftig und aufgeregt. In letzter Zeit nahm die Aufregung sichtlich zu, sie sprach auch viel mehr als früher. Ersparnisse hatte sie keine gemacht; was sie verdiente, verschleuderte sie und machte obendrein überall Schulden.

Auf Empfehlung des Herrn Professor M. wurde Patientin am 2. April 1903 in die Anstalt Burghölzli aufgenommen. Aus dem Zeugnis ist hervorzuhelen: „Patientin leidet an leichter maniakalischer Aufregung. Als äußere Veranlassung darf ein Verhältnis mit einem jungen Mann, das sich zerschlagen hat, betrachtet werden. Patientin ist seit mehreren Wochen expansiv, unstet, reizbar, untemperiert freigiebig, schläft nachts nur wenig, erträgt keinen Widerspruch. Die Stimmung ist gehoben. Patientin ist redselig, bisweilen etwas ideenflüchtig. Man kann Patientin wegen ihres expansiven Wesens nicht zu Hause haben, sie unternimmt jeden Augenblick etwas anderes, sie will nach W. und einen Racheakt gegen ihren früheren Bräutigam unternehmen.“

Patientin zeigt lebhaften, intelligenten Gesichtsausdruck, spricht viel. Beim Sprechen beständige motorische Unruhe; im gewöhnlichen Gespräche nicht auffallend ideenflüchtig, bloß bei längeren Erzählungen tritt Ideenflucht deutlicher hervor. Patientin ist sehr gehoben, sehr erotisch, kokettiert, lacht viel, ist sehr labil, weint leicht bei Erinnerung an traurige Erlebnisse, schmolzt gerne ostentativ, macht einmal eine heftige Szene, als der Arzt sich weigert, sie allein auf ihrem Zimmer zu besuchen, wohin Patientin sich gerne zur Visite zurückzieht, droht mit Selbstmord, sodaß sie für kurze Zeit auf den Wachsaa! muß verlegt werden. Nachher bald wieder euphorisch wie früher. Sie ist sehr offen und freimütig und erzählt gerne ihre Lebensereignisse, ist jedoch nicht imstande, dieselben geordnet zu Papier zu bringen. Eine Selbstbiographie bleibt nach verschiedenen Ansätzen beim Versuch. Patientin drängt stark hinaus, äußert aber immer noch Rachege!anken gegen ihren Exbräutigam, droht, denselben zu erschießen, hat allerhand abenteuerliche Zukunftspläne, verlangt z. B. einmal dringend Ausgang, um sich als Tierbändigerin auf eine Zeitungsannonce hin zu melden; versichert dabei stolz, daß es ihr an Mut nicht fehle. Daneben hat sie auch intensive Heiratspläne. Ihr bisheriges, unordentliches Leben faßt sie sehr leicht auf und ist überzeugt, daß „es in Zukunft ganz gut gehen werde“. Für die Aufregung der letzten Wochen vor ihrer Aufnahme hat sie leise Krankheitseinsicht. Längere Depressionen oder Reizbarkeitszustände wurden nie beobachtet, auch keine Exazerbationen des Normalzustandes mit Ausnahme der jetzigen. Während der Periode ist Patientin etwas erregter.

Ich habe bei der Darstellung dieses Falles absichtlich eine vollständige Aufzeichnung des äußeren Wechsels in der sozialen Stellung gegeben, um dadurch die außerordentliche Unbeständigkeit und Rastlosigkeit der Patientin zu veranschaulichen. Patientin hat in einem Zeitraum von elf Jahren 32 Mal ihre Stellung gewechselt und zwar weitaus in den meisten Fällen, weil es ihr „verleidet“ war. Soweit man anamnestischen Angaben Vertrauen schenken darf, läßt sich der abnorme Gemütszustand bis in die Kindheit zurückverfolgen. Außer der menstruellen ist keine Periodizität nachweisbar. Depressionen scheinen nie spontan vorgekommen zu sein, sondern bloß verursacht durch entsprechende Ereignisse. Alkoholismus kam nicht vor, dafür ein enormer Abusus von Süßigkeiten. Der erhobene Befund: leichte Ideenflucht, Redseligkeit, vorwiegend gehobene Stimmung, Labilität, Ablenkbarkeit, Bewegungsdrang, Erotismus, bestätigt die Diagnose der manischen Verstimmung und erklärt die unstete, moralisch defekte Lebensweise.

Der vierte Fall stand wegen Diebstahl in Untersuchung und wurde von mir als unzurechnungsfähig begutachtet, indem die Intensität seiner manischen Symptome von so hohem Grade war, daß mir auch die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen erschien.

D., 1847 geboren, Maler. Heredität. Vater sonderbarer Mensch, intelligent, sehr lebhaft, leichtsinnig, immer heiterer Laune, politisierte und prozessierte, vernachlässigte Geschäft und Familie, trank und spielte, verlor Hab und Gut, bis er schließlich der Armenpflege zur Last fiel. 1. Bruder, intelligent und begabt, hatte den Kopf voller Ideen, beschäftigte sich mit sozialen und politischen Problemen und starb schließlich arm mit Hinterlassung von Schulden. 2. Schwester, sehr verschwenderisch, starb in tiefster Armut. 3. Bruder, mäßiger Trinker, kann aber sich und seine Frau erhalten. 4. Bruder, führte ein in jeder Beziehung ausschweifendes Leben, als Lügner bekannt, ganz heruntergekommen, wird von der Armenpflege erhalten. Ein Sohn eines normalen Bruders notorischer Lump und Säufer. Patient hat in der Jugend keine erheblichen Krankheiten durchgemacht. Als Kind lebhaft, aufgeweckt, intelligent; ausgezeichnete Schulzeugnisse. Nach beendigter Schulzeit trat Patient in eine Lehre. War im ersten Jahre sehr fleißig, anstellig, machte Fortschritte. Im Laufe des zweiten Lehrjahres veränderte er sich, begann zu trinken, die Arbeit zu vernachlässigen, war verschwenderisch. Patient blieb im ganzen vier Jahre an der gleichen Stelle, dann begab er sich auf die Wanderschaft. In diesen drei Jahren nahm seine Liederlichkeit zu, seine Arbeitsleistungen wurden immer unregelmäßiger und unsorgfältiger; im Gegensatz dazu entwickelte sich eine sonderbare „großartige Meinung von sich“, er renommierte mit seiner Geschicklichkeit und Begabung und stellte sich immer als etwas ganz Besonderes dar. Vom 19. Jahr an begann ein unstetes Wandern. Nirgends blieb er länger als wenige Monate, trank immer viel, war unzufrieden, kein Meister war ihm recht, er hatte immer „seine besonderen Ideen“, „wollte geehrt sein“, meinte, „es müsse Alles nach seinem Kopfe gehen“, war immer „in der Aufregung“, lief oft ohne zu kündigen aus der Stellung weg, oft mit Hinterlassung des Lohnes. 1871 kam er wieder nach Hause in total verwahrlostem, vagabundenhaftem Zustande. Trotzdem konnte er sich und seine Erfolge nicht genug rühmen, erzählte endlos aufschneiderische Geschichten etc. Patient blieb einige Zeit zu Hause und arbeitete eifrig, „immer in der Hast“. Plötzlich schlug seine heitere Stimmung um, er wurde gereizt, aufbegehrisch, schimpfte über die Arbeit, die Mitarbeiter, über die früheren Meister etc., geriet zuweilen geradezu in Wut und „tat wie der Teufel“. Wie schon früher, war Patient auch zu dieser Zeit dem Trunke ergeben, je mehr er trank, desto größer wurde seine Aufregung und er geriet dann jeweilen in einen unversieglichen Redestrom. Nach Ablauf von 14 Tagen packte Patient plötzlich zusammen, ging wieder auf die Wanderschaft und kam schließlich 1873 nach Paris, fand dort aber wegen

des allgemeinen Darniederliegens der Geschäfte keine Arbeit und wurde nach fünf Wochen wieder heimspediert. 1875 kam er nach Nürnberg. Nach dem Zeugnis seines dortigen Meisters war er ein sehr geschickter und tüchtiger Arbeiter, mußte aber wegen hochgradiger Trunksucht entlassen werden. Wegen einer akuten manischen Aufregung mußte er dort einige Wochen interniert werden und da keine richtige Remission erfolgte, wurde er nach der Schweiz abgeschoben. Am 21. März 1876 wurde Patient ins Burghölzli aufgenommen. Er war heiter erregt, lachte vor sich hin, war ideenflüchtig, machte schlechte Witze, hörte Stimmen, welche ihm „lustige Sachen“ zuriefen, verriet ein gesteigertes Selbstgefühl. In der Folge trat außer einer gewissen Beruhigung und Aufhörens der Stimmen keine wesentliche Änderung ein. Die Krankheit wurde als Manie aufgefaßt und Patient als geheilt entlassen (August 1876), obschon er bei der Entlassung durchaus noch nicht den Eindruck eines normalen Menschen machte. Nach der Entlassung begann das frühere unstete Wanderleben wieder. Er trieb sich vagabundierend in der Schweiz herum; im November 1879 hatte er unter dem Einfluß größerer Entbehrungen und strenger Kälte einen delirösen Zustand, in welchem es ihm vorkam, „als sei er Papst und habe ein großes Essen bestellt“. Da er in diesem Zustand auf der Post 5000 Frs. erheben wollte, wurde er verhaftet; als er wieder Nahrung zu sich nahm, wurde er plötzlich klar. 1882 verheiratete sich Patient. Die Ehe blieb kinderlos. Die Frau hatte vier bis fünf Aborte. Er blieb damals fast ein Jahr lang stabil bei der Frau. Dann begann das Wandern wieder und er befand sich später nur noch ab und zu bei der Frau. 1885 war Patient in sehr bedrängter Lage, er geriet in Verzweiflung und faßte den Plan, sich und die Frau zu vergiften. Er schreckte aber vor der Ausführung zurück und verlegte sich auf den Diebstahl. Er beging bis Anfang 1886 eine Reihe von Diebstählen, wurde verhaftet und wegen zweifelhaften Geisteszustandes den Ärzten in St. Pirminsberg zur Begutachtung zugeführt. Aus dem damals abgegebenen Gutachten ist folgendes hervorzuheben: Patient zeigte stets ein sehr gehobenes Wesen, gesteigertes Selbstbewußtsein, das sich zu Zeiten zu eigentlichem Größenwahn erhebt. Er gefiel sich in geheimnisvollen Anspielungen über seine Bedeutung: „Große Dinge stehen bevor, hier im Narrenhause sitzt der Gründer des Reiches Gottes auf Erden.“ Er verfaßte ein 80 Seiten starkes, zum Drucke bestimmtes Opus von zum Teil unzusammenhängendem Inhalt, durch welches aber als roter Faden sich eine oft überschwengliche Selbstverherrlichung zieht. Er wendete sich darin rhetorisch an den Papst, hielt sich für unfehlbarer als jenen, an Christus, indem er von sich als einem neuen Messias spricht, verglich sich mit Herkules und Winkelried etc. Von Zeit zu Zeit gerät Patient in förmliche Ekstasen, in denen er z. B. schreibt: „Der größte Künstler aller gewesenen und künftigen Zeit wickst die Schuhe der Unglücklichen, den Fußboden in St. Pirminsberg. Wie der Sohn, so der Vater und umgekehrt. — — — Hurrah Helvetia!!! O Stein der Weisen, wie glänzt Du! O Name D., welch ein Glanz! Euer Gott, o meine Gefährten, hat ein Herz wie ein Kind,

die Stimme eines Löwen, die Unschuld einer Taube und das Aussehen wie einer von Euch!“ Während seines Anstaltsaufenthaltes bildete die Abfassung langer Schriftstücke seine Hauptbeschäftigung. Täglich schrieb er mehrere Bogen und wenn ihm das Papier ausging, so sang er stundenlang mit schreiender Stimme Vaterlandslieder und dergl. Er war immer sehr gesprächig, sprach Dialekt, aber sobald er im Zuge war, fiel er ins Schriftdeutsche. Der Gedankenablauf war geordnet, zeigte aber häufige Abschweifungen und Neigung zu breiten Detailschilderungen. Die Sprache bewegte sich in sehr gewählten Ausdrücken, zeigte Vorliebe für Fremdwörter, die aber meist richtig angewendet wurden. Entsprechend seiner Selbstüberschätzung, sonderte sich Patient immer vornehm von seiner Umgebung ab, die Wärter behandelte er grob, während er den Ärzten gegenüber stets freundlich war. Seine Situation bereitete ihm nie Sorgen, er lebte heiter in den Tag hinein, voll der größten Hoffnungen für die Zukunft. Krankheitseinsicht zeigte er nie. Einmal war er einige Tage lang eigentümlich verstimmt, sehr reizbar, mißtrauisch, reserviert, explodierte gelegentlich mit heftigem Schimpfen über die Anstalt. Die Diagnose wurde auf periodische Manie gestellt, „welche in Verrücktheit übergehen könnte“. Bezüglich der Diebstähle wurde Unzurechnungsfähigkeit angenommen. Am 2. Oktober 1886 wurde Patient ins Burghölzli versetzt, Sein Zustand war bis Dezember gleich wie in St. Pirminsberg. Anfangs Dezember trat eine gewisse Beruhigung ein, in welcher die früheren Symptome weiter bestanden, aber in verminderter Intensität. Er wurde mit Malerarbeiten in der Anstalt beschäftigt. Unter anderem malte er auch die Anstaltskirche aus, wobei er, wie nachträglich entdeckt wurde, in den Marmorädrungen überall kleine Teufelsfiguren und auch eine ziemlich geschickte Karrikatur des Anstaltsgeistlichen anbrachte. Entlassung am 25. Februar 1887. Auch in diesem Stadium der Beruhigung produzierte Patient noch viel, und zwar sind es immer die gleichen mit großem Pathos vorgetragenen Ideen von seiner Berufung als Reformator und Weltverbesserer. Nach der Entlassung wanderte er wieder in der Schweiz herum, arbeitete etwas, blieb aber an den einzelnen Stellen nie länger als einige Monate. 1891 stahl er eine beträchtliche Menge von Eßwaren und wurde dafür zu sechs Monaten Arbeitshaus verurteilt. 1893 bekam er wieder aus gleichem Grunde ein Jahr Arbeitshaus. 1894 wurde er eines Diebstahls von 700 Frs. beschuldigt. In der Haft hörte er vom vierten Tage an flüsternde Stimmen vor der Tür, und zwar glaubte Patient die Stimme einer seiner Nichten zu erkennen: „Du wirst dann schon wieder entschädigt werden“ etc. Nach sechs Tagen wurde er wieder entlassen. Zu Hause hielten die Halluzinationen noch einen Tag lang an und verschwanden dann plötzlich. 1895 wurde er wegen Diebstahl zu zwei Jahren Arbeitshaus verurteilt. Am 24. Januar 1895 wurde Patient in die Strafanstalt gebracht. Wie die dortigen Angestellten angaben, war Patient von Anfang an „oben hinaus“, erregte bald den Verdacht auf Geistesstörung. Er beschuldigte die Beamten ganz grundlos der Untreue. In der Isolierhaft beschmierte er alle Wände mit sinnlosen Malereien, behauptete, er sei ein großer Künstler. Nachts war er unruhig,

sprach laut mit sich „über seine tägliche Beschäftigung“. Gelegentlich war er sehr reizbar. Am 19. August 1895 wurde wieder ein Gutachten über ihn abgegeben. Aus demselben ist hervorzuheben: „Der Zustand des Patienten ist im großen und ganzen derselbe, wie er schon 1886 in Gutachten von St. Pirminsberg beschrieben war. Patient zeigte manische Erregung, Ideenflucht, außerordentlich gehobenes Selbstgefühl, renommirt mit seinen Fähigkeiten, mit seiner Körperkraft; er kenne seit 25 Jahren das Geheimnis, wie man „mittels einer Substanz“, „wie durch einen Hauch“, Alles mit den „schönsten, glänzendsten Farben“ überziehen könne; einen „Hund könnte er im Nu in den schönsten Goldkäfer verwandeln“ etc. Patient brachte noch eine ganze Reihe ähnlicher Aufschneidereien vor. Am 9. November 1895 wurde Patient ins Burghölzli versetzt. Sein Zustand war derselbe wie in der Strafanstalt. Seine Übertreibungen begründete er auf eine mehr oder weniger logische Weise, die Vergoldungen bewirke er durch einen Anstrich mit einer entsprechenden Farbe; den Plan, Weltreformer zu werden, habe er aufgegeben, nachdem er gesehen, wie unverbesserlich die Welt sei. Sein Verhalten war, wie früher, wechselnd; meist zeigte Patient heitere Erregung, dazwischen von Zeit zu Zeit Reizbarkeit und zornige Stimmungen. Dieses Verhalten blieb sich, abgesehen von einer gewissen Beruhigung, bis zur Entlassung am 16. Januar 1897 gleich. In den letzten Wochen vor seiner jetzigen Verhaftung trieb sich Patient vagabundierend in der Gegend seines Heimatdorfes herum und übernachtete in einer Scheune, wo er alle Wände mit Versen und Sprüchen vollkritzelte. Seine Kleidung bestand aus elenden Fetzen, die Schuhe aus Fragmenten, die er mit Schnüren um die Füße gebunden hatte. Im Zeitraume vom 13. September bis 3. Oktober 1901 beging Patient drei nächtliche Einbruchsdiebstähle, wobei er Lebensmittel, Getränke, Tabak und Kleider entwendete. Er gibt an, bei einem dieser Diebstähle sei er sehr aufgeregt gewesen und habe, als er im Keller war, eine Stimme gehört, welche rief: „Beeil Dich dort unten und laß mir auch noch was.“ Am 8. Oktober 1902 wurde Patient verhaftet. Beim ersten Verhör gab er die Diebstähle ohne weiteres zu. Am 1. November 1901 wurde Patient uns zur Beobachtung zugeführt. Während der Dauer seines hiesigen Aufenthaltes hat sich das Verhalten des Patienten in keiner Weise verändert. Bei der Aufnahme sehr heiter, gelassen, sicher, begrüßte seine alten Bekannten in kordialer Weise, zeigte sich sehr gesprächig, sehr anregbar, gab auf jede Frage ausführliche Antwort und knüpfte meist noch eine ideenflüchtige Reihe von Bemerkungen und Erzählungen an den Gegenstand der Frage. Seine Lebensgeschichte erzählte er in zusammenhängender, historisch ziemlich getreuer Weise. Nachts schläft er wenig, liegt meist stundenlang wach im Bette und grübelt über „wissenschaftliche“ Probleme nach. So macht er Theorien über Entstehung der Meteoriten, über Leichentransporte auf den Mond, über Luftschiffe, über das Wesen des Gehirns und des Geistesprozesses etc. Er arbeitet fleißig und rasch, spricht dabei oft vor sich hin. Seine Arbeit begleitet er oft mit Nachahmen von Tierstimmen, wie Miauen, Bellen oder Gackern und Krähen. Seine

Gänge auf der Abteilung macht er gelegentlich unnötigerweise im Laufschrift oder kommt auch einmal auf allen Vieren daher. Auf dem Felde bei der Arbeit ist Patient gesprächig, neckt andere gerne, schmückt seinen Hut phantastisch mit Gemüswurzeln und Blättern. Seine während der Nacht konzipierten Ideen bringt er in umständlicher und weitläufiger Weise zu Papier. Seine Schriftstücke sind ziemlich eng geschrieben, sehen reinlich aus, sind bis auf die Fremdwörter, die er massenhaft anwendet, orthographisch. Sie verraten eine gewisse Belesenheit, ein sehr gutes Gedächtnis und zeigen deutliche Ideenflucht mit großem Andrang von Worten und kräftigen Ausdrücken. Es reihen sich eigene Prosastellen in Schriftdeutsch oder Dialekt, Zitate aus Schiller etc., Verse (fremdes und eigenes Produkt) und französische Sätze aneinander, die immer noch ein gewisser, aber nie tief gehender Sinn verbindet. Eine einheitliche, das Ganze zusammenfassende Idee ist in keinem seiner Schriftstücke zu finden, mit Ausnahme eines hochgradig gesteigerten, subjektiven Wertgefühls und einer oft maßlosen Selbstüberschätzung. Die Sprache ist oft ungemein pathetisch, oft absichtlich paradox. Seine Ideen läßt Patient ruhig diskutieren, hängt nicht mit Zähigkeit daran, sondern läßt sie bald liegen, um sich neuen Problemen zuzuwenden. Es gelingt sogar, seine Meteoriten-Theorie ihm auszureden und ihm das Geständnis zu entlocken, daß „auch die größten Gelehrten sich schon geirrt hätten“. Patient kann über alle möglichen moralischen und religiösen Fragen reden, er verrät sogar ein gewisses lyrisches und religiöses Empfinden; was ihn aber nicht hindert, zu blasphemieren und heilige Gebräuche lächerlich zu machen. So verfaßte er zum Beispiel einmal eine ganz schamlose Travestie des Abendmahles. Zur Arbeit für den Lebensunterhalt ist er nicht geboren, er hat Besseres zu tun, er muß die Zeit erwarten, in der alle seine großen Ideen verwirklicht werden, in der er Erziehungsanstalten für die Jugend, neue Weltverkehrseinrichtungen etc. schaffen wird. Seine Zukunfts-Erwartung ist eine hochgespannte, neben ihr verschwinden alle Rücksichten auf die wirkliche Gegenwart. Trotz dieser lebhaften Erwartung macht sich Patient durchaus kein deutliches Bild von der Zukunft in seinem Sinne. Er äußert nur ganz verschwommen fabelhafte Pläne, die er sogar zum Teil erst im Moment der Frage konstruiert. Er ist aber durchaus überzeugt, daß doch „Alles noch kommen werde“, läßt sogar durchblicken, daß er vielleicht länger leben werde als andere Menschen, um sein Werk vollenden zu können. Seine früheren Äußerungen, er sei der Messias, der „Gründer eines neuen Gottesreiches“, korrigiert er in symbolischem Sinne: er vergleicht sich mehr mit dem Messias, als daß er einen tieferen Zusammenhang mit demselben oder mit Gott behauptet. In gleicher Weise entfällt er seine früher als Wahnideen aufgefaßten Behauptungen als Übertreibungen und lebhaft gefärbte Vergleiche.

Einige Male kamen zornige Verstimmungen vor, gewöhnlich durch unbedeutende Anlässe hervorgerufen, welche zu anderer Zeit keine zornige Reaktion zur Folge hatten. Zum Beispiel fing er einmal morgens um drei Uhr einen großen Skandal an, schimpfte, fluchte, bellte dazwischen, so daß

er fast die ganze Abteilung weckte. Er hatte, wie gewöhnlich nach Mitternacht nicht mehr recht geschlafen und sich über einen schnarchenden Mitpatienten geärgert. Er begründete den Skandal damit, daß, wenn es einem anderen erlaubt sei, ihn durch Schnarchen zu stören, so sei er auch berechtigt, Nachtlärm zu machen.

Dieser Patient stammt aus einer abnormen Familie, und zwar scheinen mindestens zwei seiner nähern Verwandten (Vater und Bruder) von ganz gleicher Geistesbeschaffenheit gewesen zu sein. Das Krankheitsbild der manischen Verstimmung entwickelt sich nach der Pubertät und besteht mit gelegentlichen Exazerbationen das ganze bisherige Leben hindurch. Wir finden auch hier wieder neben den spezifisch manischen Symptomen eine Reihe von andern psychischen Entartungserscheinungen. Patient ist Gelegenheitsalkoholiker, wahrscheinlich aus Geldmangel und vielleicht auch aus dem Grunde, weil er ewig beschäftigt ist mit seinem enormen Ideenzufluß und ihm darum die richtige Muße zum Trinken fehlt. Seine Ideen zeigen gewisse Verwandtschaften zur Erfinderparanoia, aber es mangelt ihm einerseits an der Stabilität und Zähigkeit des Paranoikers, und anderseits sind die Ideen nicht fixiert und unkorrigierbar, sondern eher gelegentliche Einfälle seiner gehobenen Stimmung und Selbstüberschätzung. Die in der Krankengeschichte mehrfach erwähnten halluzinatorischen Episoden können nicht leicht irgend einem bekannten Krankheitsbilde beigeordnet werden; die eine scheint unter dem Einfluß der Erschöpfung zustande gekommen zu sein, eine andere unter dem Einflusse der Haft, eine dritte unter dem Einfluß starker Aufregung. Sie lassen sich nach *Magnan* als „*Syndromes épisodiques des dégénérés*“ auffassen. Wir wissen, daß sog. „Haftkomplexe“¹⁾ bei Entarteten von verschiedenster Richtung vorkommen können, ohne daß daraus auf eine zugrunde liegende, besondere Psychose könnte geschlossen werden. Wir sehen auch bei unserem Patienten die deliriösen Zustände rasch und ohne Residuen vorübergehen, weshalb die Auffassung als „Syndrome“ eines Entarteten am nächsten liegt.

Die periodischen Verstimmungen in Form pathologischer Reizbarkeit finden wir auch hier. Einmal (1885) scheint auch

¹⁾ *Rudin*, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVIII, S. 458.

eine tiefere Depression vorgekommen zu sein, in welcher Patient sich mit Selbstmordideen trug. Trotz sorgfältiger Nachforschung konnten wir nur diese eine Depression nachweisen, und es ist auch von dieser nicht sicher, ob sie längere Zeit angehalten oder ob sie nicht bloß ein plötzliches Umschlagen der Stimmung war, wie es auch bei Manischen vorzukommen pflegt. Abgesehen von diesen wenigen, nicht unbedingt zum Bilde der Manie gehörigen Zügen, bietet dieser Fall alle zur Diagnose der manischen Verstimmung erforderlichen Züge. Der Patient zeigt eine deutliche Ideenflucht, einen überreichlichen Zufluß von Einfällen und Worten: seine vorwiegende Stimmungslage ist nicht bloß heiter — sorglos, sondern geradezu manisch gehoben und entäußert sich beständig in manischen Streichen und einem enormen Tätigkeitsdrang, der sich zeitweise bis zum rein motorischen Bewegungsdrang, steigert. Die Intelligenz des Patienten ist gut und er ist auch imstande seine Situation vollkommen richtig zu beurteilen; aber im nächsten Momente kehren seine Größenideen wieder zurück, in die er sich selber hineinsteigert, unterstützt durch die Überproduktion an Lustgefühlen. Der Patient führt tatsächlich als Vagabund das elendeste Leben, er streift Sommer und Winter, elend ernährt, durch das Land, nächtigt in Scheunen und Ställen und trägt sich, in schreiendem Gegensatz zur Wirklichkeit, mit hochfliegenden Reformationsideen. Bezeichnenderweise spielt bei ihm die Nichtanerkennung seitens der Mitmenschen gar keine Rolle wie bei einem Paranoiker. Sein beständiger Lustaffekt hilft ihm auch über diese Widerwärtigkeit hinweg. Sein Beispiel zeigt aufs deutlichste, wie sehr der Intellekt vom Gemüt ins Schlepptau genommen wird. Er ist nicht eigentlich überzeugt von seinen Ideen, denn er läßt sich dieselben theoretisch wegkorrigieren, aber er hofft deren Erfüllung, im Gegensatz zum Paranoiker, welcher hofft, weil er überzeugt ist. Der Patient erinnert lebhaft an jene armseligen Existenzen unter Dichtern und Künstlern, welche bei geringer Begabung mit unverwüstlichem Optimismus ein Hungerdasein fristen, trotzdem sie eigentlich genug Intelligenz besäßen um ihre soziale Unmöglichkeit in dieser Form einzusehen und genug anderweitige Begabung und Energie, um in einem gewöhnlichen Berufe Gutes und sogar Ausgezeichnetes

zu leisten. Auch diejenigen Individuen, welche *Lombroso* als „Graphomane“ bezeichnet, darf man cum grano salis mit unserem Falle in Vergleich setzen. Es sind dies Psychopathen, die ohne paranoisch oder schwachsinnig zu sein, sich und ihre Ideen in lächerlicher Weise überschätzen, sich hauptsächlich mit philosophischen und medizinischen Problemen beschäftigen, ungeheuer produzieren und durch Selbstverlag ihrer Werke sich zugrunde richten. Ihre Kritiklähmung beruht sehr oft nicht auf Schwachsinn, denn sie wissen gelegentlich recht gut die Fehler ihrer Gegner zu erkennen, sondern auf einem unverständlichen und überspannten Optimismus, der sie einfach die objektiven Schwierigkeiten nicht einsehen läßt und sie im übrigen mit einer unerschütterlichen Hoffnung auf eine bessere Zukunft erfüllt, welche sie rechtfertigen und belohnen wird. Unser Patient erinnert aber auch an viele sogenannte „höhere Imbezille“ und schwachsinnige Erfinder, deren Schwachsinn sich auf eine Kritiklosigkeit ihrem Spleen gegenüber beschränkt, und die im übrigen an Intelligenz und Leistungsfähigkeit mindestens auf dem Durchschnittsniveau stehen.

Es ist hervorzuheben, daß in den berichteten vier Fällen die Intelligenz durchweg gut, im ersten und zweiten Falle sogar sehr gut ist, daß aber hierzu die äußere, ungemein unzweckmäßige Lebensführung in schroffem Gegensatz steht. Es ist dies ein Kontrast, dem wir auch bei der *Moral insanity* begegnen. Zweifellos ist die Mehrzahl der in der Literatur bekannten Fälle von *Moral insanity* mehr oder weniger schwachsinnig, jedoch unterliegt es ebenfalls keinem Zweifel, daß in der Mehrzahl der Fälle der vorhandene Schwachsinn keineswegs ausreicht, um die soziale Unfähigkeit daraus zu erklären. Es macht vielmehr den Eindruck, als sei der intellektuelle Defekt mehr oder weniger irrelevant und als liege das Hauptgewicht auf dem Gebiete der Gemütsanomalie, und hier erscheint weniger der Mangel an ethischen Gefühlen, als vielmehr ein Plus an Trieben und positiven Neigungen die Hauptrolle zu spielen. Ein einfacher Mangel an ethischen Gefühlen führt sehr wahrscheinlich eher zur Bildung eines kalt und rücksichtslos berechnenden „mauvais sujet“ oder Verbrechers als eines jener genußsüchtigen, gegen jede gesetzliche

Beschränkung triebartig sich auflehrenden Individuen, die kopflos und unbekümmert mit jedem Schritte sich selber den Weg verrennen und zwar in einer Weise, deren Unsinnigkeit oft sogar ein ausgesprochen Schwachsinniger einsehen könnte. Neuerdings hat *Tiling*¹⁾ wieder darauf hingewiesen, daß das Hauptmoment im Bilde der Moral insanity ein exzessiv sanguinisches Temperament²⁾ ist, welches für den intellektuellen Prozeß eine allzubewegliche Grundlage abgibt und demselben nicht die nötige Nachhaltigkeit der Gefühlsbetonungen ermöglicht, ohne welche es keine Gründe und keine Urteile gibt, die irgend einen Einfluß auf die Bestimmung des Willens ausüben könnten. Über das Verhältnis von Intellekt und Willen ist schon viel gesagt und geschrieben worden. Wenn irgend eine Erfahrung die Abhängigkeit des Handelns vom Gemüt lehrt, so ist es gewiß die psychiatrische. Die Inferiorität des Intellektes gegenüber den instinktiven Regungen hinsichtlich der Bestimmung des Willens ist so auffallend, daß schon die alltägliche Erfahrung einen psychologisch denkenden Nichtpsychiater wie *Baumann*³⁾ zu der Bemerkung veranlaßt, daß vor der spezifischen Gedankentätigkeit immer etwas primär Charakterologisches vorhanden ist, welches die bestimmte Disposition zu diesem oder jenem Handeln abgibt — womit *Baumann* dem Schopenhauerschen „Operari sequitur esse“ einen etwas andern Ausdruck verliehen hat. Das „primär Charakterologische“ sind im weitem Sinne mangelnde oder verstärkte oder perverse Gefühlsbetonungen, in engem Sinne Neigungen und Triebe, jene psychologischen Grundphänomene, aus denen wir den empirischen Charakter konstruieren, welcher für das Handeln weitaus der meisten Menschen die offensichtlich bestimmende Tatsache ist. Die Rolle, die dabei der Intellekt spielt, ist meist eine ziemlich nebensächliche, indem er im besten Falle dem a priori vorhandenen

1) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LVII.

2) *Schüle* sagt, daß eine leidliche oder selbst gute intellektuelle Befähigung doch nur im Schlepptau der perversen Antriebe oder Neigungen hängt und trotz ihrer Leistungskraft unfähig ist, wirksame Gegenmotive zu erzeugen.

3) Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie, Bd. 1 H. 3.

charakterologischen Motiv eine anscheinend logisch zwingende Begriffsreihe leiht und im schlimmsten Falle (sehr oft dem gewöhnlichen) erst nachträglich intellektuelle Motive konstruiert. Allgemein und absolut spricht diese Ansicht Schopenhauer¹⁾ folgendermaßen aus: „Der Mensch tut allezeit nur was er will und tut es doch notwendig; das liegt aber daran, daß er schon ist, was er will, denn aus dem, was er ist, folgt notwendig alles, was er jedesmal tut.“

Wenn wir auch die Tatsache anerkennen, daß zahlreiche intellektuell vermittelte oder überlegte Willensbestimmungen vorkommen, so dürfen wir doch nicht vergessen, daß jedes Glied einer Vorstellungskette einen bestimmten Gefühlswert hat, der hinsichtlich der Willensbestimmung das allein Wesenhafte und ohne welchen die Vorstellung nur ein leerer Schatten ist. Dieser Gefühlswert unterliegt aber als Teilerscheinung den Veränderungen des Ganzen, woraus dann z. B. bei der Manie die von *Wernicke* aufgestellte „Nivellierung der Vorstellungen“ resultiert. Auch der reinste intellektuelle Prozeß kann demnach bloß mittelst des Gefühlswertes zur Willensbestimmung gelangen, weshalb für jede abnorme Handlungsweise bei relativ erhaltenen Intellekt das *primum movens* auf affektivem Gebiet gesucht werden sollte.

*Wernicke*²⁾ stellt die Moral insanity ebenfalls in entfernte Parallele zur Manie, indem er als Elementarsymptom eine gewisse Nivellierung der Vorstellungen annimmt, in den meisten Fällen innere Unruhe und gereizte Stimmung findet und nur alle ändern, ebenso wichtigen manischen Symptome, wie Ideenflucht, Rededrang, krankhafte Euphorie usw. vermißt.

Bei der Durchsicht der Literatur über moralisch Schwachsinnige muß es auffallen, wie häufig von der Gemütsrerregbarkeit und Labilität derartig Kranker berichtet wird.³⁾ Es lohnte sich

1) Preisschrift über die Freiheit des Willens.

2) Grundriß der Psychiatrie S. 320.

3) v. *Krafft-Ebing* spricht von „großer Gemütsreizbarkeit“. Lehrbuch S. 715.

Erdmann-Müller, über Moral insanity Arch. f. Psych. XXXI sagt S. 342: „Übereinstimmend wird hervorgehoben, daß die gemütlüche Reaktion vermindert oder aufgehoben ist, daß Gemütsstumpfheit oder selbst Gemüts-

vielleicht der Mühe, bei der Untersuchung moralisch Schwach-sinniger ein Hauptaugenmerk auf den Punkt der Gemütsanomalie resp. der gemüthlichen Labilität zu richten und dabei namentlich die nicht hoch genug zu veranschlagende Wirkung derselben auf die intellektuellen Prozesse in Rechnung zu bringen. Vielleicht gelingt es auf diese Weise, den einen oder anderen Fall, der bisher bloß vom Standpunkt des ethischen Defektes aus beurteilt wurde, in ein anderes Licht zu rücken und eher als eine gemüthliche Minderwertigkeit im Sinne einer leichteren oder schwereren manischen Verstimmung aufzufassen. Die größte Aufmerksamkeit in angedeuteter Richtung dürften diejenigen Fälle von Moral insanity beanspruchen, von denen ein periodischer oder cyclischer Verlauf mit „freien Intervallen“ und paroxysmatischen Exaltationen behauptet wird.

Fassen wir zusammen:

1. Die manische Verstimmung ist ein dem Gebiet der psychopathischen Minderwertigkeit angehörendes Krankheitsbild, welches charakterisiert ist durch einen meist bis in die Jugend zurückreichenden, stabilen, submanischen Symptomenkomplex.

2. Exazerbationen von unsicherer Periodizität kommen vor.

3. Alkoholismus, Kriminalität, Moral insanity, soziale Unbeständigkeit oder Unfähigkeit sind in diesem Falle vom submanischen Zustande abhängige Symptome.

Zum Schlusse möchte ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. *Bleuler*, meinen besten Dank abstatten für die gütige Erlaubnis zur Benützung des Materials.

losigkeit besteht.“ S. 344: „Die einengenden Grenzen, die die egoistischen Bestrebungen an dem Rechtsgebiete der andern finden, führen zu Verstimmungen und Affekten. es ergibt sich eine große Gemütsreizbarkeit.“ Die Schuld an diesem Widerspruch trägt nicht der Autor, sondern das von ihm bearbeitete Material, dessen Symptomatologie deshalb so widerspruchsvoll ist, weil unter dem Namen Moral insanity Fälle von ganz verschiedener Provenienz, die zufälligerweise das Symptom des ethischen Defekts gemeinsam haben, zusammengefaßt werden.

Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia.

Von

Dr. E. v. Grabe, Hamburg-Langenhorn.

(Hierzu Tafel I—III.)

Die seit den Veröffentlichungen von *Kahlbaum* viel umstrittene Frage der Katatonie beginnt sich allmählich in dem Sinne zu klären, daß die meisten Autoren der Ansicht sind, Psychosen mit deutlichen katatonen Erscheinungen seien der *Dementia praecox* zuzuzählen.

Mit einer gewissen Energie wird gerade von den maßgebenden Kennern der Katatonie-Frage das Vorkommen von Katatonie bei Paranoia in Abrede gestellt; so sagt *Kraepelin*¹⁾, daß die von *Kahlbaum* als Katatonie zusammengefaßten Krankheitsbilder „nur besondere Verlaufsformen der *Dementia praecox* bilden“ und die Paranoia betreffend bezeichnet er die Fälle von Katatonie mit Wahnbildung als paranoide Formen der *Dementia praecox*, die ungemein häufig, jedoch wegen des eigenartigen Schwachsinnns nicht der Paranoia, sondern der *Dementia praecox* zuzuzählen seien.

Ich glaube daher, daß nachstehender Fall von Interesse sein kann, in dem sich bei einer Patientin mit ausgebildeter schon mehrere Jahre dauernder Paranoia ziemlich plötzlich ein Zustand von Katatonie ausbildete, der nach etwa dreivierteljähriger Dauer völlig schwand und dem alten paranoischen Zustande Platz machte.

Ich lasse die Krankengeschichte folgen, bin allerdings gezwungen, die Diagnose Paranoia, um beweiskräftig zu sein, ausführlich zu begründen an der Hand älterer Gerichtsakten.

¹⁾ *Kraepelin*, Einführung in die Psychiatrische Klinik 1901.

Patientin Anna N. (Journ. No. 560) ist 1864 geboren. Nach Mitteilung ihrer Angehörigen besteht keine erbliche Belastung, sie soll stets ruhig und besonnen gewesen sein, bis sie Anfang der neunziger Jahre eine schwere Enttäuschung erlebte.

Seit der Zeit erschien sie den Angehörigen zerfahren. Im Laufe der nächsten Jahre scheint sich dann das Wahnsystem ausgebildet zu haben, das sie schließlich mit der Polizei in Konflikt brachte und ihre Überführung in die Irrenanstalt veranlaßte.

Zum ersten Male tritt Patientin mit der Polizei in Berührung durch eine Eingabe an die Berliner Polizei vom 27. Juni 1898: sie bittet um ihren Taufschein, den sie nach Afrika geschickt habe, der aber angeblich mit ihrem Brief vom Adressaten, Konsul L., an die Polizei zurückgeschickt sei, sie nehme aber an, daß die Briefe gar nicht aus Berlin hinausgekommen seien, sie müsse daher ferner annehmen, „daß die Postbeamten mit unter einer Decke mit den Spitzbuben steckten“. Diese hätten an Konsul L. in ihrem Namen geschrieben, auch ihre Unterschrift gefälscht, „Urkundenfälschung“, um auf diese Weise vom Konsul L. Geld und Kleider abzuschwindeln. Die Hauptperson der Spitzbuben sei eine Frau P. und deren Verwandter, der sich Dr. H. genannt habe, das müsse jedenfalls ein falscher Name sein, da er im Adreßbuch nicht zu finden gewesen wäre: es solle bei Frau P. eine Haus-suchung vorgenommen werden, dann würde man aus deren Handschrift entnehmen können, daß sie die Schwindlerin sei. Zeuge sei Konsul L. in K.

Auf diese Eingabe hin erfolgten größere polizeiliche Recherchen, die jedoch dem Staatsanwalt keinen Anlaß zum Einschreiten gaben. Frau P. hatte bei der Vernehmung ausgesagt, sie hielte Patientin für geistesschwach, diese habe sich schon über Nachstellungen beklagt.

Unterdessen siedelte Patientin nach Hamburg über und nahm Stellung als Dienstmädchen an: sie wurde auf ihre erste Eingabe hin zur Polizei zitiert und machte dort am 13. Juli 1898 folgende Angaben: Sie habe den Konsul L., der damals noch Assessor gewesen sei, im Jahre 1894 kennen gelernt, ein Verhältnis mit ihm angeknüpft und ihm, als er April 1894 nach R. versetzt wurde, mehrfach geschrieben, jedoch nur einmal eine Antwort erhalten, wiedergesehen habe sie ihn nicht mehr. 1896 auf 1897 sei sie bei Frau P. in Dienst gewesen und habe dabei aus einem Gespräch, das sie zufällig gehört, entnommen, daß L. nach Afrika versetzt sei, seine genauere Adresse habe sie jedoch erst Weihnachten 1897 erfahren und zwar durch das deutsche Konsulat in R., sie habe dem Konsul L. darauf 10 eingeschriebene und 20 einfache Briefe geschrieben jedoch keine Antwort erhalten. Ende Februar 1898 habe sie dem Konsul L. ihren Taufschein zugeschickt, um ihm ihre Identität zu beweisen. Im Mai 1898 habe sie erfahren, daß eine Anzahl dieser Briefe und der Taufschein dem Berliner Polizei-Präsidium eingeliefert seien, sie wolle nun den Taufschein wiederhaben und bäte, daß die Polizei Recherchen nach ihren Briefen anstelle, um feststellen zu können, wie weit Frau P. und Dr. H. in diese Angelegenheit verwickelt seien.

Am 25. Juli 1898 lief ein Bericht eines Assessor A. ein, daß der Konsul L. ihm Taufschein und Briefe der Patientin zugeschickt habe, mit der Bitte, er solle sich nach der ihm, dem Konsul L., unbekannten Person erkundigen und veranlassen, daß weitere Belästigungen unterblieben. Der Konsul L. habe nie in Beziehungen zu der scheinbar geistig nicht normalen Person gestanden. Da letztere das Auswärtige Amt in Anspruch genommen habe, sogar die Absicht geäußert habe, selbst nach Afrika zu kommen, so bäte er die Hamburger Polizei, dahin zu wirken, daß Patientin alles dieses unterlasse.

Unterdessen suchte Patientin sich auf eigene Hand Gewißheit in ihrer Angelegenheit zu verschaffen und wandte sich am 2. August 1898 brieflich an die in Berlin wohnhafte Schwester des Konsul L. mit der Bitte, ihr eine Probe der Handschrift des L. zu überlassen, damit sie danach feststellen könne, ob die angeblich vom Konsul stammenden Briefe, die sie aus Afrika erhalten habe, auch tatsächlich von L. stammten, woran sie zweifle.

Zur selben Zeit richtete Patientin auch einen Prief an den Polizei-Kommissar; der Brief enthält nach den alten Klagen zum Schluß noch folgenden Satz:

„Aus dem letzten Brief von meinem Schatz habe ich erfahren, daß sich Herr L. wundert, daß ich ihn mit Sie anspreche, da er mit mir schon lange verlobt ist und Herr L. hätte schon tausende von Briefen an mich geschrieben, wovon ich erst zwei erhalten habe.“

Mit Energie drängt Patientin weiter, sie verlangt von der Polizei wiederholt ihren Taufschein, ein Führungsattest und spricht am 16. August 1898 die Absicht aus, als Stewardess nach Afrika zu gehen.

Patientin wird von der Polizei ernstlich verwarnt, die Behörden noch weiter zu belästigen, sie verspricht es, erklärt aber, vor die Polizei geladen, schon am 19. August wieder, ihre Sache sei noch nicht erledigt, sie glaube nach wie vor, daß es bestimmt L. gewesen sei, mit dem sie in Berlin ein Verhältnis gehabt habe, sie sei damals 1892 Hausmädchen in einem Pensionat gewesen, in dem L. Tischgast war.

Erst vor 14 Tagen habe L. ihr geschrieben, über den Inhalt des Briefes wollte sie jedoch nichts angeben.

Tatsächlich setzt Patientin ihren Feldzug fort und überschüttet den Konsul L. mit neuen Briefen alten Inhalts.

Auch die Polizei fühlt sich zu weiteren Erhebungen veranlaßt und entsendet am 1. November 1898 einen Polizei-Offizianten zu der Dienstherrschaft, bei der die N. in Stellung war; die Vernehmung ergab, daß Patientin, wie auch schon bei früheren Herrschaften, erzählt hatte, daß eine hochangesehene Persönlichkeit in Afrika ihr Bräutigam sei, dessen Briefe jedoch von der Post unterschlagen würden, sie werde diese verklagen und wenn sie nicht bald einen Brief bekäme, werde sie verrückt werden.

Es entwickelte sich schließlich bei der Vernehmung eine ganz dramatische Szene, da Patientin plötzlich erschien und nach Schimpfereien gegen den ihr von früheren Vernehmungen her bekannten Offizianten aggressiv wurde; dieser

stellte keinen Strafantrag, da er Patientin nicht für geistig normal hielt. Bevor jedoch eine polizeiärztliche Untersuchung stattfinden konnte, war Patientin wegen Fußverbrühung ins Eppendorfer Krankenhaus gekommen, bot dort laut ärztlicher gutachtlicher Äußerung keinen Anlaß zu einer Verlegung nach der Irren-Anstalt, wurde Ende November entlassen und war bei häufigem Stellenwechsel bis Mitte Januar 1899 nicht mehr zu finden.

Unterdessen waren die endlosen Belästigungen dem Konsul L. naturgemäß unerträglich geworden. Er wandte sich in einem am 4. Dezember 1898 eingegangenen Brief direkt an die Hamburger Polizei und bat um Schutz, er werde von Patientin seit zwei Jahren mit fabelhaften Briefen bestürmt, sie behaupte ihn zu kennen, fremde Leute suchten sie jedoch zu trennen, die von ihm geschickten Gelder würden gestohlen, er solle sie doch nach Afrika kommen lassen, die Korrespondenz werde von der Kriminal-Polizei und der Post unterschlagen. Patientin habe Briefe durch das Auswärtige Amt, die Kaiserliche Botschaft in R. und die fremde Regierung an ihn gerichtet, neuerdings durch Kapitäne und Angestellte der K. anlaufenden Schiffslinie.

Einmal habe er ihr schon aus R. mitgeteilt, es könne sich hier nur um eine Namensverwechslung resp. um einen Namensmißbrauch handeln, er müsse sich alle weiteren Belästigungen verbitten, das sei jedoch erfolglos gewesen. Seine Adresse habe sie durch einen Dienstmann in einem Pensionat, in dem er öfter gespeist habe, erfragen lassen.

Patientin kämpft jedoch unermüdlich weiter für ihr Recht und setzt ihre einseitige Korrespondenz mit Konsul L. fleißig fort.

Ihrem vom 16. Dezember 1898 datierten Brief legt Patientin auch die eine Hälfte des ihr früher von L. zugegangenen Briefes bei, damit L. selbst feststellen könne, ob er tatsächlich diesen Brief geschrieben habe; sie selbst bringt die alten Klagen vor und will wissen, was denn das alles für ein „Quatsch“ sei. „Auch einliegenden Brief den Sie angeblich geschrieben haben sollen steht auf dem Siegellackstempel darauf G. H. L. was doch gar nicht Ihr Name ist, ich werde stets belästigt von einem großen Mann, der sich damals Dr. H. nannte und sich jetzt französischer Konsul nannte, er hätte von Ihnen und von einem D. den Auftrag, meine und Ihre Briefe abfangen zu lassen und sagte mir, ich sollte Ihnen mit Du ansprechen, ich sollte nicht wieder an Ihnen schreiben, ich würde wohl noch so lange warten können bis Sie wieder kämen. Ich schreibe als Beweis dafür gleich auf den von mir beauftragten G., ich muß auf alle Fälle wissen, ob das wahr ist was Herr G. in diesen Brief schreibt.“

Betreffend diesen Brief des G. folgt unten.

In dem einliegenden halben Brief des Konsuls L. an Patientin teilt jener dieser mit, er habe der ihm unbekannten Schreiberin nur einmal aus R. geschrieben, daß sein Name gewiß mißbraucht sei, er habe sie nie gekannt; falls sie mit ihren Belästigungen noch weiter fortfahre, werde er amtliche Schritte tun, er wolle sie nicht sehen, sondern werde sie, falls sie hinkäme, der dortigen Polizei übergeben, die Annahme ihrer Papiere verweigere er.

Nachdem Patientin, wie oben gesagt, bis Mitte Januar 1899 nicht zu finden gewesen war, setzte sie um diese Zeit die Polizei von neuem in Bewegung, erscheint am 12. Januar 1899 auf der Polizei und gibt folgendes zu Protokoll:

Im Jahre 1895 hätte sie in Berlin den Konsul L. kennen gelernt, der jetzt in Afrika sei, er habe ihr in längeren Pausen wiederholt geschrieben, sie solle zu ihm kommen, das sei ihr jedoch nicht möglich, da sie mittellos sei, was sie ihm auch mitgeteilt habe. Um ihm nun auch zu beweisen, daß sie tatsächlich die Briefschreiberin sei, habe sie ihm Meldeschein, Taufschein und zwei Dienstzeugnisse zugeschickt und zwar durch den Verwalter G. vom Dampfer B., bisher habe sie keine Antwort erhalten. Erst vor 14 Tagen sei ein Brief vom Konsul L. an sie eingetroffen mit der Mitteilung, daß er vor 6 Monaten durch den Kapitän M. vom Dampfer B. ihr Reisebillet und 170 M. zugeschickt habe. Auf diese Mitteilung hin sei sie aus eigenem Antriebe auf dem Dampfer gewesen, der Kapitän habe jedoch stets gelehnet, etwas für sie erhalten zu haben, sie müsse daher annehmen, daß der Kapitän Billet und Geld unterschlagen habe. Der Verwalter G. habe ihr damals geschrieben, daß er ihre Papiere richtig erhalten habe und sie dem Konsul L. abgeben werde, kürzlich jedoch habe G. ihr wieder geschrieben, daß er nichts für sie mitbekommen habe, er sei zweimal beim Konsul L. gewesen, dieser habe jedoch gelehnet, die Patientin überhaupt zu kennen und wollte die Papiere an die Hamburger Polizei schicken.

Der Konsul L. habe ihr jedoch geschrieben, daß sie hinkommen solle, allerdings habe sie auch vom angeblichen L. einen auch mit L. unterzeichneten Brief erhalten, worin er ihr schreibe, daß er sie nicht kenne und ihr drohe, sie der Polizei zu übergeben; dieser Brief sei gefälscht, denn die richtige Unterschrift des L. kenne sie, die Hand des Briefes sei ihr jedoch unbekannt; ferner hätte der Siegellackstempel H. G. L. gelautet, während der Konsul doch Carl heiße, der Brief sei sicher vom Kapitän M. oder dem Verwalter G. gefälscht, um einen ferneren Briefwechsel zu verhindern und die Unterschlagung des Kapitäns zu verdecken.

Aufgefordert, den Brief des Konsuls, in dem er ihr Mitteilung von der Absendung des Billets und des Geldes macht, vorzuzeigen, erklärt sich Patientin dazu bereit, erscheint aber nachher wieder und berichtet, daß der Brief ihr abhanden gekommen sei, verloren oder gestohlen.

Die von der Patientin gemachten Angaben über ihren Briefwechsel mit dem Verwalter G. erweisen sich als den Tatsachen entsprechend.

Ferner ist zu erwähnen ein von Patientin an G. auf dem polizeilichen Meldeschein geschriebener undatiert Brief, in dem sich folgender Passus findet: „Wie ich im obigen Hotel war, hörte ich vom Hausdiener und Oberkellner und ich selbst habe es gehört, wie ein Polizeibeamter kam und sagte, Herr L. hätte mich von der Polizei suchen lassen und die sollten mich mit dem ersten besten Dampfer mit nach Afrika schicken. Auf dieser Äußerung muß ich annehmen, daß Herr L. was für mich geschickt hat.“

In bewundernswerter Weise bemüht die Polizei sich immer wieder, auf Grund der Angaben der Patientin neue Erhebungen anzustellen, ja schließlich geht ein Kriminal-Offiziant in Begleitung der Patientin auf das Schiff und stellt ein Verhör an, das natürlich ein völlig negatives Ergebnis haben mußte, so weit die Beschuldigungen der Patientin gegen die Schiffsoffiziere in Betracht kommen.

Die Vernehmung ergab folgendes: Der Verwalter G. sagte aus, daß Patientin vor längerer Zeit zu ihm gekommen sei und ihn gebeten habe, Briefe an Konsul L. mitzunehmen und von diesem Antwort zurückzubringen; der Konsul habe jedoch die Briefe nicht angenommen und habe gedroht, Patientin verhaften zu lassen, falls sie ihn noch weiterhin belästigen würde. Die dem G. vorgelegte Hälfte des von Konsul L. an Patientin gerichteten Briefes erklärte G. für echt, er sei bereit, das zu beschwören. Vom Billet und Geld wisse er nichts, halte es überhaupt für unmöglich, daß solches Patientin überhaupt zugeschickt worden sei.

Der Kapitän M. sagte aus: Patientin sei im Sommer 1898 zu ihm an Bord gekommen und habe einen angeblich für sie mit Schiffspost angekommenen eingeschriebenen Brief verlangt.

Auf seiner nächsten Reise habe er einen Brief von Patientin erhalten mit der Anfrage, ob er ihr nichts von Konsul L. mitbringe. Tatsächlich habe Konsul L. aber auch ihm gesagt, daß er Patientin nicht kenne und sich klagend ans Auswärtige Amt wenden wolle. Kapitän M. stellt ebenfalls in Abrede, Billet und Geld erhalten zu haben, er stelle zwar keinen Strafantrag, da er Patientin nicht geistig normal halte, er bäte jedoch um polizeilichen Schutz, da Patientin durch ihre Denunziationen geradezu gemeingefährlich sei, denn sie habe auch an seinen Stellvertreter Kapitän Z. in gleicher Weise beleidigend geschrieben.

Letzterer hat die gleichen Erfahrungen gemacht wie G. und M. und bittet auch seinerseits, der Patientin fernere Belästigungen untersagen zu wollen.

In dem eben angezogenen Brief findet sich folgender Passus: „Übrigens will Herr L. und ich Anzeige wegen Betrugs und Unterschlagung verschiedener Kapitäne und noch verschiedener Personen machen. Die ganze Bande lasse ich der Reihe nach einsperren. Ich habe Herrn L. auch dazu beauftragt, diesesmal soll es dieser verlogenen Sippschaft nicht gelingen, unsere Briefe zu bekommen, da ich ein dortiges und ein hiesiges Konsulat dazu beauftragt habe, den schönen M. mit seinem G. habe ich ein ernstes Wort zu sprechen und ich auch sofort Anzeige beim Seeamt mache.“

Alle diese Denunziationen gegen die Schiffsoffiziere hatten nun zur Folge, daß tatsächlich gegen M. und G. ein Verfahren eingeleitet wurde, das allerdings „mangels Tatverdachts“ eingestellt werden mußte.

Am 16. Januar 1899 erschien Patientin wieder auf der Polizei, verlangte ihre bei den Akten liegenden Briefe, um diese der Staatsanwaltschaft übergeben zu können. Der Konsul L., dessen Bekanntschaft sie vor 4–5 Jahren gemacht habe, habe ihr die Ehe versprochen. An dem Tage war Patientin

viermal auf der Polizei und benahm sich höchst aufgeregt, sie wolle die Gesellschaft schon klein kriegen. Das Maß war nun endlich übertoll; Patientin wurde zum übernächsten Tage zur Polizei bestellt und dann wegen Verdachts bestehender Geistesstörung vom Polizeiarzt dem Kurhause überwiesen.

Am 20. Januar erfolgte dann die Überführung nach Friedrichsberg; der Konsul L. wurde davon in Kenntnis gesetzt.

Beobachtungen in der Anstalt.

Patientin macht bei ihrer Aufnahme unter breiter Detailmalerei und in leidenschaftlich erregtem Tone die in den Polizei-Akten schon mehrfach ausgeführten Angaben.

Sie zeigt im übrigen (lt. Krankengeschichte) „kein auffallendes Wesen, macht einen lebhaften, aufgeweckten und nicht unintelligenten Eindruck, ist immer fidel und munter, nur über ihre Internierung hier ungehalten; sieht anscheinend voll froher Zuversicht in die vermeintlich frohe Zukunft.“

Über ihre Verhältnisse macht sie ferner folgende Angaben: Vater an Herzfehler, Mutter im Wochenbett gestorben. Kopfkrankheiten oder Krämpfe in der Familie nicht vorgekommen. Menstruation meist regelmäßig, mit zwölf Jahren eingetreten, ohne Beschwerden. Nie geboren oder abortiert. Vom 5. bis 19. November 1898 im Krankenhaus in Eppendorf wegen Verbrühung des Fußes. Sonstige Erkrankungen nicht vorausgegangen. Klagt nur über zeitweiliges Herzklopfen.

Große stattliche Brünette. Regelmäßige Schädel- und Gesichtsbildung. Lebhaftes Mienenspiel. Pupillen reagieren. Sonstige körperliche Untersuchung läßt eine Abnormität nicht erkennen, mit Ausnahme einer Verdickung an der Innenseite des linken Knies (angeblich seit dem 16. Jahr bestehend) und einer frischen blauroten Hautnarbe am linken Unterschenkel bezw. Fußrücken.

Über das Verhalten der Patientin im Laufe der nächsten Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt soll, um fortwährende Wiederholungen zu vermeiden, in mehr zusammenfassender Weise referiert werden.

Die Beeinträchtigungsideen bestanden dauernd weiter, Patientin glaubte sich entsprechend dem oben geschilderten Wahnsystem von ihren alten Feinden betrogen und beschwindelt und schloß endlich folgerichtig, daß jetzt nun auch die Ärzte mit ihnen unter einer Decke steckten, sie drängte täglich auf ihre Entlassung und machte eine ganze Anzahl von Fluchtversuchen, von denen der eine im Januar 1900 erfolgreich war. Da Patientin sich im allgemeinen harmlos gezeigt hatte, abgesehen von den täglichen gräßlichen Schimpfereien gegen ihre Feinde, so sollte der Versuch gemacht werden, sie in Freiheit zu belassen, sie war jedoch bei einer polizeilichen Vernehmung so erregt, daß sie der Anstalt wieder zugeführt werden mußte.

Am 10. März 1900 wurde sie dann nach der Irren-Anstalt Langenhorn überführt, auch hier bietet Patientin stets das gleiche Bild, sie klagt in lebhafter Weise, daß ihr das Geld, das ihr der „Bräutigam“ geschickt habe, unterschlagen werde, sie schimpft in überaus derber Weise auf Ärzte, auf ihren Bruder etc., schreibt Klagebriefe an den Polizei-Präsidenten von Berlin

und andere einflußreiche Persönlichkeiten und drängt in lebhafter Weise auf ihre Entlassung.

In ihrem Benehmen zeigt Patientin sich gegen die andern Kranken sehr intolerant und neigt zu tätlichen Auseinandersetzungen mit ihnen.

Auch hier sinn't Patientin nur auf Gelegenheit, zu entweichen, was ihr auch mehrfach gelingt, das letzte Mal nachdem sie nachweislich monatelang einen Dreikantschlüssel, der ihr einmal in die Hände gekommen war, bis zu gelegener Zeit aufbewahrt hatte, zwei andere Fluchtversuche waren erfolgreich, das eine Mal gelangte sie bis nach Berlin, wandte sich von einem Mädchenheim aus an die Polizei mit der Bitte um Ausstellung von Legitimationspapieren, wurde aber der hiesigen Anstalt wieder zugeführt. Das zweite Mal gelangte sie bis nach Bergedorf, wurde von dort zurückgebracht, nachdem sie einen Brief an den Polizeioberst in Berlin gerichtet hatte unter Darlegung ihrer augenblicklichen Lage und mit der Bitte um Schutz.

Andauernd betonte Patientin ihr Verhältnis zum Konsul L. und gelangte schließlich dahin, für sich die Anrede Frau L. zu beanspruchen, da der Konsul als solcher berechtigt sei, standesamtliche Trauungen vorzunehmen.

Als bei Gelegenheit einer Besichtigung der Anstalt Patientin wegen ihrer zudringlichen Klagen aus dem Wachsaal entfernt wurde, glaubte sie, der Konsul L. sei dagewesen und hätte sie abholen wollen, die Ärzte hätten sie nur versteckt, um das zu verhindern.

Die Erfolglosigkeit ihres steten Verlangens nach Entlassung brachte Patientin mitunter in lebhaften Zorn, sodaß sie einmal sogar mehrere Fensterscheiben einschlug, wodurch sie sich eine schwere Verletzung am Handgelenk zuzog, gelegentlich wurde sie auch aggressiv gegen den Abteilungsarzt, der auch an ihrem Unglück schuld sei. Diese letztere Explosion wurde dadurch ausgelöst, daß Patientin gehört hatte, ihr „Mann“ hätte sich ihretwegen erschossen, überhaupt litt Patientin sehr unter Gehörstäuschungen. Allmählich traten denn auch Halluzinationen des Gefühls und des Gesichts auf.

Im Spätsommer 1901 wurde Patientin erregt, zerbrach täglich ihr Eßgeschirre und unter dem 29. August steht verzeichnet: seit einigen Tagen verweigert sie jetzt jede Nahrung, trinkt nur Wasser, liegt unter der Matratze, um sich vor geschlechtlichen Vergewaltigungen zu schützen, die vom Dach aus mit ihr vorgenommen würden.

Ich lasse jetzt die weitere Krankengeschichte in extenso folgen.

5. September. Nachdem Patientin in den Wachsaal gelegt ist, trinkt sie etwas Suppe, fängt dann an auch Brot und Kuchen zu essen.

7. September. Die Kranke verhält sich ruhig, ißt mit gutem Appetit.

30. September. Patientin ist bei der Visite meist freundlich, klagt über Magenschmerzen und Schlaflosigkeit. Patientin glaubt gravid zu sein von zweien der Ärzte, will deshalb nicht aufstehen, um ihren Zustand nicht sehen zu lassen. Patientin hält sich andauernd ruhig.

Januar 1902. Die Kranke zeigt stets ein freundliches Wesen. Sie klagt nur, daß nachts sich Männer auf dem Dach aufhalten, welche sie durch ihr Fluchen belästigen.

20. Februar. In der letzten Zeit hat sich allmählich ein anderes Krankheitsbild entwickelt resp. entwickelt sich noch weiter: Patientin liegt viel mit über den Kopf gezogener Decke da, bittet Ärzte, Oberwärterin um Verzeihung, drängt darauf, daß man sie zum Abendmahl gehen lassen solle, will ihre Sünden abwaschen.

28. Februar. Weint viel, weil man sie „verspottet und so schrecklich schimpft“, wenn sie betet.

Daß sie früher einmal Fenster eingeschlagen habe „sei auch Sünde“.

Patientin erzählt, sie habe an der Wand einen Baum mit Früchten gesehen und „den Sohn und den heiligen Geist“.

Patientin liest viel in einem ihr zu Weihnachten geschenkten Gebetbuch, schreibt selbst Gebete hinein, regt sich besonders über ein Bild auf, auf dessen einer Seite ein Hügel abgebildet ist, das sei die Hölle, dort komme sie auch hin; reißt das Bild heraus.

Das Gebetbuch muß der Patientin abgenommen werden, da sie zu viel drin liest und sich erregt und ängstigt.

Schreibt auf einen Zettel: „O Gott verzeihe mir doch meine schweren Sündenschulden“.

3. März. Die Sinnestäuschungen und Wahnideen nehmen immer phantastischere Gestalt an. Patientin bindet sich Taschentücher um ihre Hände, weil nachts Leute aus Berlin kommen und mit den Fingern der Patientin allerlei „Fluchworte“ auf die Bettdecke schreiben. „Der alte und der junge Kaiser“ wollen ihr nachts die Augen auskratzen, schon seit Weihnachten. Sie muß durch Beten 120 Millionen Tausend aus der Hölle überwinden und jedesmal wenn sie „Gott“ sagt, so wird daraus ein Speer, der einem der Quälenden durch den Kopf geht: das alles sehe sie links, während sie rechts Engel mit Rosenkränzen sehe.

Mitten im Gespräch macht sie darauf aufmerksam, daß Kaiser Friedrich eben „Quatschkopf“ gesagt hat.

Sieht Worte und Bilder auf der Bettdecke, die sie selbst zwangsweise mit den Fingern habe schreiben müssen.

In ihrer Stimmung ist Patientin mäßig deprimiert, sie erscheint nur völlig von der Lebhaftigkeit ihrer Täuschungen in Anspruch genommen, spricht etwas pathetisch.

7. März. Liegt heute fast regungslos auf dem Rücken, beide Arme nach den Seiten aus dem Bett weit heraushängend in Kreuzesstellung. Auf Anrede antwortet sie nur regelmäßig: „verschonen Sie mich mit Worten“.

12. März. Unverändert, hat heute sich weder selbst gekämmt noch gewaschen.

15. März. Kataleptische Erscheinungen bestehen nicht, doch bewegt Patientin sich nur wenig. Voller merkwürdiger Ideen, läßt sich nur anreden.

wenn man rechts von ihr steht, will nur einmal am Tage essen und zwar spät abends, das Mittagessen soll so lange aufbewahrt werden: redete alle mit „Du“ an, womöglich mit Vornamen, setzt stets „lieber“ vor, verlangt ihrerseits auch mit „Du“ und „Anna“ angeredet zu werden. Hat eine ganz eigenartige Sprechweise angenommen, monoton, jede Silbe von der nächsten scharf getrennt z. B. „gib mir heu—te a—bend 8 Uhr zwei Bech—er wei—ße Milch vier ro—he Ei—er und ei—nen gel—ben Pfann—en—ku—chen“.

Patientin sieht leicht gedunsen aus, Harn ist nicht zu erlangen, zuerst will sie erst „um 8 Uhr“ Urin lassen, tut es aber nicht.

Gesichtsausdruck sehr wenig veränderlich, leicht verzerrt lächelnd. Gesicht nach rechts gewendet.

Auf Gespräche läßt Patientin sich nicht ein „verschone mich mit Worten“.

Der Gesichtsausdruck ist ein absolut gespannter, dabei ist das Gesicht gerötet und auffallend glänzend.

20. März. Unverändert, betet viel, ganz monoton; spricht sonst nur wenig, dann aber in der oben angegebenen monotonen abgehackten Weise, bedient sich ganz eigenartiger Worte, z. B. verlangt sie „ein gel—bes und wei—ßes ro—hes Ei“.

21. März. Will „weiße und gelbe Jesussonneneier“.

3. April. Seit etwa einer Woche spricht Patientin in einer ganz besonderen Weise, indem sie mitunter vor jedes Wort, sogar vor jede Silbe den Ausruf oh setzt, z. B. bittet um ein Tuch: „ich will oh mein oh Angesicht oh be oh decken“, dabei auch die einzelnen Silben wieder scharf voneinander getrennt.

Heute spricht Patientin nur in leisestem Flüsterton, hat heute angefangen, fortwährend auf ihr Kopfkissen zu speien, so daß dieses ganz naß ist: den Wärterinnen, die ihr einen Speinapf vorhalten, speit sie ins Gesicht.

14. April. Vorgestern und heute findet sich in der Speichellache Blut beigemischt, heute schaumig; eine Untersuchung ist nicht möglich, Patientin kneift den Mund zusammen, stößt mit der Faust.

1. Mai. Unverändert, spricht wenig und dann nur ganz leise, stark skandierend und vor jedes Wort oh gesetzt; speit noch fortwährend das Bettzeug voll; man muß stets von der rechten Seite ans Bett treten, sonst winkt Patientin energisch nach rechts. Motorische Hemmung besteht keine.

19. Mai. Heute zum erstenmal spricht Patientin ein wenig lauter, so daß man sie ziemlich verstehen kann, die Sprechweise ist sonst dieselbe: Hat mehrfach geschrieben. (Siehe Tafel I.)

28. Mai. Spricht jetzt so laut, daß sie auf 1—2 Schritt zu verstehen ist: vor jedem Wort sagt sie noch oh. Was um sie herum vorgeht, weiß Patientin ganz genau; hat jetzt wieder allerlei Wünsche, Extradiäten „oh 6 oh Kartoffeln“. Speit immer noch große Lachen ins Bettzeug. Patientin spricht auch bei der Inspiration.

29. Mai. Heute zum erstenmal beobachtet, daß Patientin einen Satz ohne zwischengeschobenes oh spricht, allerdings im Affekt, Ärger über eine

Wärterin. In den letzten Wochen hat Patientin eine ganz unregelmäßige Lebensweise angenommen, macht spät abends Toilette, will nur einmal essen, spät abends „das Abendmahl“.

3. Juni. Spricht jetzt laut und deutlich, setzt aber wieder oh vor jedes Wort. Bringt jetzt allerlei Wahnideen vor, wie früher, sagt z. B. Referent: „oh wie kommst du oh dazu (stets oh vor jedem Wort weiter) alle meine Briefe zu unterschlagen und Unterschrift zu fälschen“. Beschuldigt die Oberwärterin, diese lasse vom Gelde der Patientin für eine andere Kranke zwei Kleider und Schuhe machen. Der Dr. würde noch nach 50 Jahren ihre Hände küssen wollen, er solle doch das Kinderlied lernen „oh übe oh immer oh Treu oh und oh Redlichkeit . . .“.

17. Juni. Vom katatonischen Zustande ist nichts mehr nachzuweisen. Patientin spricht fließend und deutlich, ist meist ganz guter Stimmung, will nicht aufstehen, sie sei zu schwach. Bringt wieder die alten Dinge vor, der Konsul L. schicke jeden Monat 60 Mark für sie, das würde ihr vorenthalten, die Kapitäne kämen zum Oberarzt in die Wohnung. Patientin dutzt noch die andern bisweilen.

22. Juni. Hat heute zum erstenmal die Oberwärterin mit „Fräulein“ und „Sie“ angeredet.

28. Juni. Hat der Wärterin beim Parkettbohnern geholfen.

Während der katatonischen Periode ist Mutazismus nicht beobachtet. Oedeme sind nicht beobachtet, auch keine Cyanose, nur die Hände waren blau, als Patientin regungslos mit seitlich aus dem Bett hängenden Händen lag.

Die Menstruation war stets regelmäßig.

Gewichtsliste: 1. Januar 59³/₄ kg, 1. Februar 60¹/₄ kg, 1. März 60 kg, 1. April ?, 1. Mai 55 kg, 1. Juni 57 kg, keine Krankheitseinsicht für die katatonische Zeit.

10. Juli. Patientin ist ganz die alte Kranke von früher, hat allerlei Wünsche, will besseres Essen, anderen Unterrock usw., ist aber meist ganz guter Stimmung, lacht über die komischen Seiten der anderen Kranken.

In der Unterhaltung zeigt Patientin sich völlig orientiert, gröbere Defekte sind dabei nicht nachweisbar, Patientin erzählt klar und anschaulich und mit treffenden Bemerkungen aus ihrer Berliner Zeit.

Patientin hat Sinnestäuschungen, hört, daß die Wärterin sie „altes Greusal“ „altes Uetz“ nennen, schlechte Bemerkungen über den Konsul L. machen.

25. Juli. Stimmung meist indifferent oder gut, halluziniert viel, hörte, wie Referent im Nebenraum von ihr gesprochen und sie „alte Schachtel“ genannt habe.

1. Oktober. Ist nicht aus dem Bett zu bekommen, sie fühle sich zu schwach, habe eine Schwellung des linken Kniegelenkes.

Psychisches Verhalten unverändert.

Erzählt, der „Afrikaner“ (der Konsul) habe nach drei Tagen Geburtstag, sie wolle allerdings nichts mehr von ihm wissen. Der Tag sei auch ein Un-

glückstag für sie, denn an dem Datum vor so und so viel Jahren sei der Konsul zum erstenmal als Tischgast in das Restaurant gekommen, in dem sie Küchenmädchen gewesen sei.

Der Konsul habe einmal jemand beauftragt, sie umzubringen, dieser habe sie auch auf offener Straße angestoßen und dann ein Messer in der Hand gehabt, sie habe sich aber mit einem Totschläger gewehrt.

10. Oktober. Hat gestern wieder zum erstenmal einen Zettel in der auffallenden Schreibweise beschrieben. Sonst bietet Patientin nichts auffallendes nach katatonischer Seite hin.

Spricht heute die Befürchtung aus, der Konsul ließe ihr nachstellen, spätestens im Frühjahr würde es ihr schlecht ergehen.

Stimmung ist sonst indifferent, meist gut. Gehörstäuschungen scheinen sehr lebhaft.

13. Oktober. Ist dauernd dermaßen von den Sinnestäuschungen in Anspruch genommen, daß sie zu keiner Tätigkeit zu bewegen ist, auch nicht aufstehen will.

Was im Wachsaaal vorgeht, beobachtet sie ganz genau.

Auf Gespräche läßt sie sich nicht gern ein, nur selten kommt sie mit einigem heraus; so meint sie heute, der Konsul und ihr Bruder hätten Referent geschrieben. Der Konsul zahle jetzt für sie Geld, wolle sie aber ermorden lassen. hier im Walde sei für sie schon ein Loch gegraben. Alles das habe sie erst hier in Langenhorn erfahren, aber weder von einem der Ärzte noch von einer Wärterin, ebenso habe sie erfahren, daß ihr Bruder und die Baronin, bei der sie vier Tage in Stellung war, auf ihre Kosten in einer Konditorei essen wollten. Woher sie das erfahren habe, wolle sie nicht sagen, dabei sieht Patientin Referent mit vielsagendem Gesichtsausdruck an.

Orientiert ist Patientin völlig; gibt heute auf Befragen richtig an, in welchem Jahr die Drei Kaiser waren, kennt das ungefähre Alter des jetzigen Kaisers, weiß, was für eine Prinzessin die Kaiserin war, daß deren Schwester den Prinzen Friedrich Leopold geheiratet hat.

17. Oktober. Behauptet heute, Referent sei 1899 in Skandinavisk Hotel gewesen, wo sie damals Dienstmädchen war, er habe dort einen Wasserkrug zerbrochen und dafür habe sie von der Besitzerin Schelte bekommen, weil sie das nicht rechtzeitig gemeldet habe.

Schon damals habe der Wäschemann gesagt, daß sie nach Friedrichsberg kommen würde.

Katatonische Erscheinungen sind keine bemerkt.

25. Oktober. Unverändert, oft ablehnend, zieht sich bei der Visite die Decke über den Kopf.

5. November. Unverändert.

16. November. Stets sehr lebhaftes Sinnestäuschungen, nachweisbar hauptsächlich des Gehörs, hört Kranke und Wärterinnen sagen, sie solle in die Zelle gebracht werden.

17. Dezember. Meist ablehnend, augenscheinlich ärgerlich infolge der Halluzinationen; will auf keinen Fall aufstehen, da sie zu schwach sei. Bittet um eine Extrasuppe, auf Verlangen schriftlich, um ihre Schreibart zu prüfen; beginnt das Wort Herr normal zu schreiben, setzt es dann fort nur mit großen Buchstaben, auf Wunsch fügt sie das Wort Suppe in normaler Schreibweise zu.

8. Januar 1903. Schrieb gestern nur mit großen Buchstaben; bittet heute den Oberarzt um Verzeihung.

14. Januar. Seitdem keine weiteren melancholischen resp. depressiven Symptome, ist heute nicht schlecht gestimmt, beklagt sich nur, daß alle schlecht gegen sie seien und sie „Scheißtopf“ nennen. Abgesehen davon, daß Patientin nur mit großen Buchstaben schreibt, bietet sie jetzt nichts von Stereotypen, höchstens daß sie das Bett nicht verlassen will.

22. Januar. Bittet heute um ein altes Handtuch, um wieder hineinspucken zu können, die neuen seien zu schade. Patientin ist nach einem anderen Haus verlegt, um sie von einer andern sie aufhetzenden Kranken zu trennen. Patientin beurteilt die Sache ganz richtig und meint, sie würde wohl wieder zurückverlegt werden, sobald die betreffende Kranke nicht mehr dort sei. Gibt heute einige Auskünfte, aus denen erhellt, daß sie über die Einzelheiten ihrer Aufnahme in Friedrichsberg, Datum und vorhergehende Ereignisse absolut orientiert ist.

26. Januar. Hat heute zum erstenmal wieder die Bettwäsche ganz bespuckt; klagt heute, daß der „Afrikaner“ sie habe einsperren lassen, der bezahle auch jetzt noch täglich zwei Mark für sie; weitere Angaben will Patientin nicht machen.

28. Januar. Das Bespucken der Wäsche hat sich nicht wiederholt; in den letzten Tagen schien Patientin Anstalten zu machen, wieder mit dem Essen allerlei vorzunehmen, wollte das Mittagessen erst abends genießen; hat das aber scheinbar wieder aufgegeben. In ihrem sonstigen Verhalten unverändert, halluziniert viel, hört Schimpfworte usw. Überreicht heute dem Oberarzt einen Zettel mit einigen Klagen, die Schrift ist ganz normal, nicht große Buchstaben.

4. Februar. Ein Zettel, meist kleine Buchstaben, aber einige Worte auch mit großen.

21. Februar. Halluziniert stets weiter, beklagt sich in einem normal geschriebenen Zettel über Referent, daß dieser bei jeder Visite „die gemeinsten Worte“ ausspricht.

30. April. Unverändert; vom Bade kommend, hat Patientin heute einen Ohnmachtsanfall, keine Zuckungen.

5. Mai. Da Patientin nicht zum Aufstehen zu bewegen ist, da sie sich zu schwach fühle, wird sie heute im Bett ins Freie gerollt, zufrieden damit; gibt heute an. Gesichtshalluzinationen zu haben, d. h. sie fragt Referent, ob er auch „das in der Luft“ gesehen habe. allerlei Gestalten, Gutes und Böses weiter will sie nichts angeben.

Abgesehen davon, daß sie nicht aus dem Bett gehen will, ist Patientin ruhig und fügsam, oft infolge der Halluzinationen ablehnend und gegen die anderen Kranken grob, wenn sie sich von diesen beschimpft glaubt, sonst unterhält Patientin sich nach mehrtägigen Aufzeichnungen einer Wärterin ganz ordentlich über allgemeine Fragen, über ihr Vorleben, spricht den Wunsch aus, entlassen zu werden, um bei einem Bauern auf dem Lande Arbeit zu suchen.

Nach Bericht der Wärterin saliviert Patientin jetzt öfters, sonst absolut nichts von katatonischen Symptomen.

10. Mai. Seit zwei Tagen macht Patientin einige verdächtige, aber nicht deutliche Bemerkungen, als hätte der Kaiser irgend etwas mit ihr zu tun; heute entwickelt sie eine Menge Wahnideen Referent gegenüber; sie überreicht einen Zettel, normal geschrieben, in dem sie sich als Prinzessin Ilonka von Schobleski Hohenstaufen bezeichnet; näher befragt, erzählt sie bereitwillig, sie sei nicht 1864, sondern 1862 geboren, die Papiere, die die erstere Zahl angeben, seien gefälscht; ihr Vater sei Kronprinz von Polen gewesen, sie sei als 2½jähriges Kind von ihren Eltern fortgekommen, wegen des Krieges von 1864, doch wisse sie das nicht genau, wie das zusammenhänge, sie nehme an, daß sie wahrscheinlich gefangen genommen seien. Als Kind sei sie stets Prinzessin genannt worden, ebenso sei ihre in Kottbus verheiratete Schwester Rosalie, eigentlich Rosalenska, auch Prinzessin.

Das alles habe ihr ihr „Pflegevater“ N. schon vorgehalten, als sie noch Schulmädchen war.

Der Konsul L. sei das nur incognito, eigentlich sei er Herzog Günther von Schleswig-Holstein, der Bruder der Kaiserin.

Ehe sie nach Hamburg gekommen sei, sei ihr einmal folgendes passiert: Auf der Friedrichstraße sei sie vom Kaiser angehalten und genötigt worden in seinen Wagen zu steigen, sie habe das aber nicht getan, sondern sei später selbst ins Schloß gegangen und dort vom Kaiser vorgestellt worden als „Ilonka usw.“, dabei seien anwesend gewesen Kaiser Nikolaus von Rußland, dessen Frau, ferner die frühere Kronprinzessin Stefanie und deren Mann Graf Lonyay und noch andere. Den russischen Kaiser bezeichnet Patientin als „Onkel Nikolaus“.

Diese Angaben macht Patientin durchaus ruhig und sachlich, sie habe das hier eigentlich gar nicht erzählen wollen, auch wolle sie es lieber, daß man sie Frl. N. anrede.

25. Mai. Über die letzthin geäußerten Wahnideen will Patientin sich nicht wieder aussprechen, sie könne jedoch so ziemlich alles Gesagte aufrecht erhalten, aber es lohne sich nicht, noch darüber zu sprechen.

Daß es sich um Katatonie gehandelt hat, braucht wohl nicht noch genauer erörtert zu werden, Schrift, Sprache, Benehmen etc. geben ein nur eindeutiges Bild.

Parallel mit der Schwere der andern katatonen Symptome erreicht die Schreibweise einen ungewöhnlich hohen Grad von Stereotypie. *Köster*¹⁾ führt zwei Beispiele an, Nr. 28 und 29, die die Verschnörkelung und endlose Wiederholung eines bestimmten Buchstabens illustrieren; in vorliegendem Fall treten diese beiden Charakteristika ganz besonders ausgesprochen zutage; diese Eigentümlichkeiten schwanden allmählich, kehrten noch einige Male in abortiver Form wieder, um dann ganz fortzubleiben.

Weit schwieriger ist es hier, den Beweis des Bestehens einer Paranoia als Grundkrankheit zu führen. Es kann sich hier nur um eine Differentialdiagnose zwischen der paranoiden Form der Dementia praecox und einer echten Paranoia mit katatonen Episode handeln; letztere Auffassung scheint mir hier die richtigere und das gab die Veranlassung zu vorstehender Veröffentlichung; ich möchte meine Auffassung durch einige Erörterungen zu stützen versuchen.

Daß das Vorhandensein von Wahnideen bei Katatonikern nicht ausreicht, um eine Paranoia zu diagnostizieren, ist selbstverständlich und wird von allen Autoren immer wieder betont, so schon von *Behr*²⁾. Am weitesten geht noch *Schüle*³⁾, der von katatonischen Zwischenphasen bei gewissen chronischen Paranoia-„zuständen“ spricht, in der weiteren Ausführung jedoch ganz erhebliche Einschränkungen macht; ebenso spricht *Aschaffenburg*⁴⁾ (Die Katatoniefrage, Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie 54) nur von „Wahnvorstellungen auf katatonischer Grundlage“ und will das Vorkommen von Katatonie bei echter Paranoia nicht gelten lassen.

*Kraepelin*⁵⁾ betont den „eigenartigen Schwachsinn“, die „unsinnigen“ Wahnvorstellungen, die gar nicht verarbeitet werden, die Unbeständigkeit der Wahnideen als differenzialdiagnostisches Merkmal bei den paranoiden Formen der Dementia praecox gegen-

¹⁾ *Köster*, Die Schrift bei Geisteskrankheiten. 1903.

²⁾ *Behr*, Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Inauguraldissertation Dorpat 1891.

³⁾ *Schüle*, Zur Katatoniefrage, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

⁴⁾ *Aschaffenburg*, Die Katatoniefrage, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

⁵⁾ *Kraepelin*, Einführung in die psychiatrische Klinik. 1901.

über der Paranoia. In gleichem Sinne äußert *Kraepelin*¹⁾ sich auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heidelberg 1898 und *Trömner*²⁾ betont die Konsequenz und Energie des Paranoikers im Gegensatze zum hebephrenischen Pseudo-paranoiker.

Zu gleichem Resultat wie *Kraepelin* gelangt auch *Jahrmärker*³⁾.

Patientin zeigt im vorliegenden Fall aber Wahnvorstellungen, die ganz und gar nicht „unsinnig“ waren, sondern sich im Rahmen der Möglichkeit haltend, Jahre hindurch fest saßen, sich durch paralogische Weiterentwicklung zu einem System ausbildeten und Stimmung und Handeln der Kranken bestimmend beeinflussen; an Konsequenz und Energie hat Patientin es nicht fehlen lassen. Der Konsul L. war tatsächlich Mittagsgast in einer Pension gewesen, in der Patientin bedientet war und diese Tatsache bildete den Ursprungspunkt des ganzen Dramas. Ätiologisch sind Sinnestäuschungen daher gar nicht als das Hauptmoment anzusehen, scheinen späterhin allerdings bei der Weiterentwicklung des Systems eine Rolle gespielt zu haben, massenhaft traten sie jedoch erst viel später auf; ob sie im Beginn der Erkrankung ein integrierender Bestandteil waren, wird sich einwandfrei kaum mehr feststellen lassen.

Wie wenig die Wahnideen der Patientin nur in „locker zusammenhängenden Einfällen“ bestanden, ergibt sich zur Evidenz aus der lebhaften Gefühlsbetonung und der Energie, mit der Patientin gegen ihre vermeintlichen Widersacher, deren Zahl sich naturgemäß immer mehr vergrößerte, vorging und die den Erfolg hatte, daß sogar die Polizei es nicht für angängig hielt, die Klagen der Patientin zu ignorieren, sondern Ermittlungen anstellte, die bis zur Staatsanwaltschaft gingen und Bruder der Patientin, Dienstherrschaft, Schiffsoffiziere in die Lage brachte, sich verantworten zu müssen. In wie glaubhafter und die Grenzen der Möglichkeit nicht überschreitender Weise Patientin ihre Angelegenheit vorge-

¹⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

²⁾ *Trömner*, Das Jugendirresein. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 3.

³⁾ *Jahrmärker*, zur Frage der Dementia praecox. 1903.

tragen hat, ergibt sich daraus, daß drei Schiffsoffiziere ihr ohne weiteres Glauben schenkten, sich bereit erklärten, alles mögliche für sie zu tun und sich tatsächlich der wohl erklärlichen energischen Abweisungen von seiten des Konsuls aussetzten; von einer phantastischen Verrücktheit“ *Kraepelin's*¹⁾ kann also nicht recht die Rede sein.

Wie überlegt Patientin vorging, zeigt sich auch in der Art und Weise, wie sie sich von der Schwester des Konsuls eine Schriftprobe des letzteren verschaffen wollte, um nach dieser feststellen zu können, ob die ablehnenden Briefe des Konsuls auch tatsächlich von diesem herrührten. Das sie schließlich für „gefälscht“ erklärt wurden, ist natürlich.

Um noch mit einigen Worten auf die Prognose einzugehen, so kann man annehmen, daß das Auftreten der katatonen Episode ein *signum mali ominis* ist, nach *Schüle*²⁾ verbleibt die Prognose der „Grundkrankheit“, diese sei aber als schwerer zu beurteilen, wenn sie kataton wird; dagegen will *Aschaffenburg*³⁾ die Kahlbaum'sche Anschauung aufrecht erhalten, daß die katatonen Symptome einen spezifischen Krankheitsprozeß charakterisieren, womit seinerseits die Prognose gestellt ist, entsprechend der Anschauung, daß die Katatonie der Dem. praec. zuzuzählen ist.

In vorliegendem Fall ist der Nachweis einer nicht erheblich gestörten Intelligenz deshalb schwer zu führen, weil die Kranke infolge ihrer Wahnideen und Sinnestäuschungen gegen die Ärzte sehr ablehnend geworden war und sich auf keine genauere Untersuchung einläßt; wir haben einige Tage von der Wärterin im Wachsaal über alles Protokoll führen lassen, was Patientin gesprochen hat und jede bessere Gelegenheit abgefaßt, um ein Gespräch mit dieser auszudehnen, wir haben greifbare Anzeichen von Schwachsinn nicht finden können, will aber gern zugeben, daß so grobe Untersuchungsmethoden nicht ausschlaggebend sein können. Jedenfalls besteht aber kein erheblicher Grad von Schwachsinn.

Die Zurückhaltung der Patientin bietet nun auch große Schwierigkeiten, die Weiterentwicklung des paranoischen Wahn-

1) *Kraepelin*, Psychiatrie, 6. Auflage 1899.

2) *Schüle*, l. c.

3) *Aschaffenburg*, l. c.

systems zu verfolgen. Angelangt ist Patientin, wie in der Krankengeschichte erwähnt, dahin, sich aus prinzlichem Geblüt zu erklären, und den Konsul L. mit dem Herzog Günther zu identifizieren. Weiteres Eingehen darauf lehnt Patientin jetzt ab.

An somatischen Erscheinungen bietet Patientin nichts bemerkenswertes.

Mit subjektiven Eindrücken beweist man natürlich nichts, aber die Unmittelbarkeit der persönlichen Beobachtung ließ das „Episodenhafte“ dieser Katatonie sich noch viel deutlicher vom Hintergrunde der Paranoia abheben, als eine Darstellung durch eine Krankengeschichte es vermag. Man müßte dem Fall Zwang antun, wenn man das Bestehen einer Paranoia als Grundkrankheit wegdiskutieren wollte, um auch hier der Dem. praecox, speziell der paranoiden Form, die alles beherrschende Stellung einzuräumen.

Tortur und Geisteskrankheit.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller**, Osnabrück.

Herrlich ist in unseren Tagen die Stellung des forensischen Psychiaters. Ihn erfüllt die vollkommenste Unfehlbarkeit in seinen Aussprüchen, mit olympischer Ruhe klärt er die schwierigsten psychologischen und psychiatrischen Probleme auf, mit andächtigem Vertrauen lauscht der Staatsanwalt seinen überzeugenden Worten, kaum können die Geschworenen das Ende seiner geistvollen Rede abwarten, um sich das Resultat seiner Darlegungen für ihre Abstimmung zu eignen zu machen, stürmische Huldigungen bringt die Volksmenge dem verehrten Manne dar, dessen Lob in den Tagesgazetten in allen möglichen Tonarten gesungen wird und reicher Sold lohnt ihn für seine Tätigkeit. Wer möchte es wohl wagen, ihn mit den kümmerlichen Irrenärzten vergangener Jahrhunderte zu vergleichen, ihn, der das Gebiet seines Könnens und Wollens so trefflich in die weitesten Kreise ausgedehnt hat, ihn, der mit der Fackel seines Wissens in Abgründe des menschlichen Seelenlebens hineinleuchtet, in welchen seine Kollegen aus verflossenen Zeiten nichts zu suchen zu haben glaubten. Und doch waren jene ihm in einem über, ein Feld seiner Tätigkeit hat er räumen müssen, auf welchem es jenen vergönnt war, Lorbeeren zu pflücken; nicht mehr braucht und darf er über die Verhältnisse der menschlichen Psyche während der Folter sein maßgebendes Urteil abgeben.

Daß der menschliche Geist während der Tortur jahrhundertlang für kurze und längere Zeit in einen Zustand versetzt wurde, der alle Kriterien eines krankhaft gestörten Seelenlebens an sich trug, daß auch Geisteskranke, Verbrecher oder Unschuldige den

Schrecknissen der Folterkammer überliefert wurden, und daß auf der Folterbank auch bei bisher normalen Gemütern akute Psychosen ausgelöst wurden, das ist allgemein bekannt und kommt dem Psychiater um so mehr zum Bewußtsein, als die Folter meistens unbewußt die Ideenassoziation des Hexenwesens auslöst. Die Hexen wurden ja bekanntlich den fürchterlichsten Martern in der zügellosesten Weise ausgesetzt und wenn man sich vergegenwärtigt, welche große Menge von psychopathischen Elementen in den Verdacht der Zauberei geriet und in die Hände des Scharfrichters und seiner Gesellen verschlagen worden ist, dann wird man aus tiefster Seele das Schicksal der Unglücklichen bedauern, die auf das herbe Los ihrer Krankheit noch die Martern einer mißgeleiteten und abergläubischen Justiz laden mußten.

Daß man aber schon damals dem Hereinspielen dieser krankhaften Momente Beachtung geschenkt hat, und daß man sogar bemüht war, durch die verschiedensten Maßnahmen diesem abnormen Zustande gerecht zu werden, das ist wohl so gut wie vollständig der Erinnerung entschwunden. Da die Umsetzung dieser theoretischen Erwägungen in die Praxis in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle recht viel, wenn nicht gar alles zu wünschen übrig ließ und die Praxis dem Gerichte in der Hitze des Augenblicks so über den Kopf wuchs, daß die humanen Bedenken der Bücherstube wirkungslos zerflatterten, kann man nicht sagen, daß der Rechtsprechung jener Zeit damit ein allzugroßes Unrecht geschähe.

Die Tortur selbst hat jahrhundertlang in der Rechtspflege eine durchaus ausschlaggebende Rolle gespielt. Ihren Ursprung scheint sie bei den Rhodisern und Athenern gehabt zu haben.¹⁾ Von diesen ging sie auf die Römer über, die ja in so vielen Stücken geneigt waren, von den Griechen alles mögliche zu übernehmen, wenn auch nicht immer das Beste, und bei denen sie nur gegen Knechte zur Anwendung gebracht wurde. Die Westgothen, Ostgothen und Franken machten sie in Deutschland heimisch²⁾,

¹⁾ v. *Quistorp*, Grundzüge des deutschen peinlichen Rechts. Rostock und Leipzig 1794. S. 312.

²⁾ *Engau*, *Elementa Juris criminalis Germanico-Carolinii*. Jena 1753. S. 436.

wenn sie hier auch lange keine rechte Stätte fand. Sie stand im Widerspruche zu den herrschenden Rechtsanschauungen der Deutschen, welche an ihrer Stelle in schwierigen Fällen den Ordalien, den Gottesurteilen, die letzte Entscheidung überließen. Als sie dann allmählich Eingang fand, war zuerst der Begriff des Gottesurteils noch immer mit ihr verknüpft. Auch blieb sie hier zunächst nur den Knechten vorbehalten. Erst im 15. Jahrhundert wurden auch die Freien der Wohltat dieses eigenartigen Beweismittels theilhaftig gemacht.¹⁾

Offiziell tritt sie als Inquisitionsmittel unter Innocenz IV. hervor, der 1252 in einer Bulle verordnete, daß sie nicht bis zur membrorum diminutio et mortis periculum gesteigert werden solle. Diese väterliche Ermahnung scheint allerdings bei dem maßlosen Mißbrauche, der damit getrieben wurde, durchaus am Platze gewesen zu sein. Daß sie von recht mäßigen Erfolgen begleitet wurde, beweisen zahlreiche Schriften, die in jener Zeit gegen die Tortur geschrieben wurden.²⁾ Aber leider wußten alle die wackeren Autoren kein Mittel, das an ihre Stelle treten könne. Man gab achselzuckend zu, daß es ein *remedium fragile et periculosum* sei und folterte munter weiter.

Besonderes System kam erst in das Folterwesen, als sich die Bamberger peinliche Gerichtsverhandlung und ihre Tochter, die peinliche Halsgerichtsordnung Karls V., die Karolina, im Jahre 1632 der Sache annahmen.³⁾ Durch diese gelangte sie zu einer ganz außerordentlichen Ausbreitung und beherrschte in Deutschland (es soll in nachfolgendem nur von der Bedeutung der Folter in Deutschland die Rede sein) jahrhundertlang das ganze Rechtsleben. In Preußen wurde sie durch eine Kabinettsordre aus dem Jahre 1740 ganz bedeutend eingeschränkt und trat hier praktisch wohl ganz außer Kraft, wenn ihr auch erst durch die Kabinettsordres vom 27. Juni und 4. August 1754 der definitive Todesstoß gegeben wurde.⁴⁾ In Mecklenburg wurde sie seit dem 16. De-

¹⁾ *Soldan-Hepppe*, Geschichte der Hexenprozesse. Stuttgart 1880. S. 216.

²⁾ *Quistorp*, l. c. S. 312.

³⁾ *Quanter*, die Leibes- und Lebensstrafen bei alten Völkern und zu allen Zeiten. Dresden 1901. S. 271.

⁴⁾ *Klein*, Grundsätze des gemeinen deutschen Rechtes. Halle 1799. S. 86.

zember 1769 auf schwere, bedenkliche Fälle eingeschränkt, im Herzogtum Pommern seit dem 12. November 1785 abgeschafft, in Hannover fristete sie sogar bis zum Jahre 1826 theoretisch ihr Leben, wenn sie auch praktisch schon lange nicht mehr in Tätigkeit getreten war.

Die Tortur hatte den Zweck, bei einem schweren Verbrecher, der hartnäckig leugnete, die Wahrheit zu erzwingen. Welch schwere Gefahren sie aber in sich barg, wie leicht sie die verhängnisvollsten Rechtsirrtümer heraufbeschwören mußte, das entging auch dem Scharfblick der alten Juristen nicht. Nicht ohne Grund wurde sie von vielen Autoren einer Leibesstrafe gleichgeachtet.¹⁾ Schon die Karolina suchte durch eine ganze Menge von Vorschriften zu verhüten, daß dieses gefährliche Beweismittel ohne Not an den Angeklagten herantrat. Nur als Hilfsmittel bei gegründetem Verdachte, der schon an und für sich die Stärke eines halben Beweises hatte, sollte sie verhängt werden. War die Tat durch Zeugen erwiesen, dann durfte sie nur vollzogen werden, wenn Komplizen zu ermitteln waren. Nur dann war sie erlaubt, wenn bei der Größe des Verbrechens die Todesstrafe zu erwarten war, in Zivilsachen war sie gänzlich ausgeschlossen. Eine Fülle von Bestimmungen hatten die Kommentatoren der Karolina zutage gefördert, um keinen Unschuldigen in die Netze dieser Beweisführung hineinzutreiben.

Die Kommentatoren hatten überhaupt bei der knappen Kürze der einzelnen Paragraphen der peinlichen Halsgerichtsordnung Gelegenheit genug, sich güldene Sporen zu verdienen, die Interpretationskunst feierte wahre Orgien, in diesem Falle im wesentlichen zugunsten aller deren, bei welchen der Zustand ihres Körpers und Geistes die Richter warnen mußte, sie die Schrecknisse der Folter in vollstem Maße auskosten zu lassen. Man verlangte zunächst mit Recht, daß alle die Krankheiten, durch welche die an und für sich schon so maßlosen Schmerzen der Folter noch vergrößert werden mußten, die Tortur ausschlossen, man schied auch alle die Krankheitszustände aus, bei welchen durch die Marter Verschlechterungen des körperlichen Zustandes

¹⁾ Quistorp, I. c. S. 323.

herbeigeführt wurden und bei welchen sogar die Gefahr eines plötzlichen Todes heraufbeschworen werden konnte. Und so schied eine Reihe von körperlichen Krankheiten ohne weiteres aus, bei anderen allerdings gingen die Meinungen der Sachverständigen weit auseinander.

Der Paragraph, an welchem sich die Auslegungskunst der Juristen und forensischen Mediziner üben konnte, ist der Artikel 59 der Karolina:

„So der beklagt geuerlich (gefährliche) wunden oder andere scheden an seinen leib hett, so soll die peinlich frag dermaßen gegen jm fůrgenommen werden, damit er an solcher verwunden oder scheden am minsten verletzt würde.“

Was sich aus diesem schlichten Paragraphen alles herausholen läßt, das zeigt sich am besten an dem Lehrbuche der forensischen Medizin, in welchem *Teichmeyer*¹⁾ alles das zusammengetragen hat, was die scharfsinnigen Ausleger herauspintisiert hatten.

An der Spitze der Ausnahmen stehen die Schwangeren, weil der Fötus nicht unter dem Ungemache der Mutter leiden durfte und es bei der Tortur leicht zu einem Abort kommen konnte. Deshalb war sogar die Verbalterrition, die Bedrohung mit der Folter, verboten, da ja schon der Schrecken die vorzeitige Geburt auslösen konnte. Die gleiche Wohltat genossen die Wöchnerinnen — um so eher, wenn sie selbst ihre Kinder stillten — sowie die Menstruierenden, desgleichen durften Schlagflüssige, Epileptische, Schwindsüchtige, Wassersüchtige und zum Blutspeien und Blutbrechen neigende Kranke nicht torquiert werden, um nicht eine wesentliche Verschlimmerung ihres Zustandes zu erleiden.

Sogar leichtere Krankheiten entgingen bestimmten Methoden der Folter, damit nicht bei der speziellen Art des Leidens und der Handhabung der Folter eine unverhältnismäßige Peinigung verursacht werde. Junge und alte Leute waren von der Leiter dispensiert, weil bei ihnen die Gelenke nachher nicht mehr in den alten Zustand zurückkehren konnten. Panaritiumkranken

¹⁾ *Teichmeyer*, Institutiones medicinae legalis vel forensis. Jena 1740. S. 427 ff.

durften keine Daumschrauben angelegt werden, damit sich keine Gangrän einstelle. Zweifelhaft war es, ob auch Leute mit Chiragra den Daumschrauben und Schnüren entgehen sollten. Die Leiter fand weiterhin keine Anwendung bei Leuten mit Wunden, Brüchen, Geschwüren der Arme und ebensowenig bei alten skorbulischen oder venerischen Geschwüren der Unterschenkel und gallischen Gummiknoten sowie Geschwülsten der Schienbeine. (Bei der Lues scheinen die Fachleute übrigens geteilter Meinung gewesen zu sein, man stellte hierbei die Selbstverschuldung in den Vordergrund, ebenso wie jetzt in so vielen Krankenversicherungsgesellschaften die armen Geschlechtskranken recht schlecht davonkommen, und so konnten nach der Ansicht v. Böhmer's¹⁾ selbst Leute, die an den schwersten Formen der Lues litten, ohne große Gewissensbisse gefoltert werden.)

Kranke, welche an Brustkrankheiten laborierten, entgingen nicht weniger der Leiter, weil durch Phthise, Asthma, Dyspnoe, alte Husten, Herzklopfen und Neigung zum Blutspeien beim Foltern der Erstickungstod zu befürchten waren und Empyeme und Entzündungen herbeigeführt werden konnten. Derselbe Grund entzog auch die Buckligen und Wassersüchtigen der Leiter. Bruchkranke entgingen ihr wegen der Gefahr der Einklemmung, Kranke, die an Angina, entzündeten Mandeln, Kröpfen und geschwollenen Drüsen litten, weil der Erstickungstod vermieden werden sollte. Leute, die an Wechselfieber litten, durften nur an den anfallsfreien Tagen gefoltert werden.²⁾

Der nicht so ganz fernliegende Gedanke, durch Selbstverstümmelung oder ähnliche Prozeduren die Folter zu mildern, scheint den Uebeltäter nicht von der Wohltat, welche die körperliche Minderwertigkeit ihm brachte, ausgeschlossen zu haben, wenigstens behauptet Hartmann,³⁾ daß auch die Kranken, welche sich ihre Krankheit vorsätzlich zugezogen hätten, nicht gefoltert werden dürften.

In verstärktem Maße mildernd kamen alle die nervösen

¹⁾ v. Böhmer, Meditationes in constitutionem criminalem Carolinam. Halle und Magdeburg 1770. S. 234.

²⁾ Engan, l. c. S. 436.

³⁾ Hartmann, Diss. de medica tormentorum aestimatione. Helmstädt 1762.

Leiden zur Geltung, die wir als den Übergang zu den psychischen Entlastungsgründen betrachten können. Vor der Folter brauchten sich solche Leute, die an beständigen Kopfschmerzen litten, nicht zu ängstigen, denn sie wagten ja kaum herumzuwandeln, damit die Schmerzen nicht zunähmen, was aber noch mehr zu befürchten sei, wenn sie auf der Folter hin und her gerüttelt würden. Das gleiche gebühre den Leuten, die von Schwindelanfällen geplagt würden, damit sie nicht von einem Schlaganfall heimgesucht würden, denn der Schwindel sei ja ein Vorbote des Schlaganfalles.

Mit ganz besonderer Liebe beschäftigten sich die juristischen Schriftsteller mit der Wertung der Epilepsie bei der Folter, womit im wesentlichen nur die klassischen Krampfanfälle gemeint waren. Und das mit gutem Grunde! War doch das Auftreten von Krämpfen bei der Folter keine Seltenheit. Ein wie großes Kontingent bei diesen Anfällen von der Hysterie gestellt wurde, ist nicht zu ermitteln, es wird wohl nicht ganz unbedeutend gewesen sein.

„Erscheinungen, welche bis dahin gedeutet worden sind, daß die Hexen geisteskrank oder hysterisch gewesen seien, sind die Krämpfe und die Gefühllosigkeit, welche besonders während der Folterung beobachtet wurden. Über die Krämpfe, welche während der Tortur auftraten und sich wegen der Fesselung der Hände und Füße vorwiegend in Verdrehung der Augen und des Gesichts äußerten, wird man schwer urteilen können, da wir zu unseren Zeiten keine Erfahrungen darüber sammeln können, wie sich normale Menschen unter denselben Umständen benehmen. Daß diese Zufälle bei den Hexen¹⁾ häufiger vorkommen, als bei Mördern und Dieben, beweist nichts, denn es wurde gegen keinen Verbrecher so grausam mit der Folter vorgegangen, wie gegen diejenigen, welche wegen des Teufelsbündnisses angeklagt waren.“

Die alten Juristen zerbrachen sich übrigens nicht den Kopf darüber, ob die Krämpfe als Symptom einer allgemeinen Psychose anzusehen seien, ihnen erschien das Auftreten der Konvulsionen

¹⁾ *Snell*, Hexenprozesse und Geistesstörung. München 1891. S. 98.

an und für sich schon als hinreichende Verschlechterung des bestehenden Gesundheitszustandes, um die möglichste Ausschließung der Krampfkranke von der Folter in die ernsteste Erwägung zu ziehen. Zu einer rechten Einigkeit gelangte man allerdings auch hier nicht. Der Mediziner *Teichmeyer*¹⁾ war der uneingeschränkten Ansicht, daß, wenn eine richtige Epilepsie vorliege, der Delinquent von der Tortur befreit sei und nur extraordinarie bestraft werden solle. Verfielen aber jemand während der Tortur in Krämpfe, dann solle er sofort losgelassen werden: „Im Falle aber bey der Execution dieses Urtheils Inquisiten die schwere Noth anwandelt, ist sofort damit einzuhalten.“

Die Juristen hingegen waren nicht immer und nicht ganz von solchen Gefühlsanwandlungen bewegt. Die meisten wenigstens, unter ihnen der ehrwürdige *Kreß*²⁾, vertraten den Standpunkt, daß man bei ihnen ganz gut bis zum ersten Grade der Marter gehen könne. *Quistorp*³⁾ meinte allerdings, daß über diesen unter keinen Umständen hinausgegangen werden dürfe, daß bei ihnen unter allen Umständen ein Arzt zugezogen werden müsse, und daß kein neuer Anfall abgewartet werden dürfe.

So diktierte 1743 die juristische Fakultät zu Halle⁴⁾ einer *Epileptica*, die des Kindesmordes beschuldigt war, den ersten Grad der Tortur unter folgenden Formalitäten zu: „jedoch daß es bey denen Daumschrauben und Banden, bewandten Umständen nach zu lassen und die Vollstreckung der Marter in Gegenwart zweyer *Medicorum* geschehe, welche auf das genaueste auf die Inquisitin Acht zu geben haben, übrigens wofern sie die Epilepsie befallen sollte, sonst als denn nach befundenen Umständen und Gutachten derer *Medicorum* mit der Marther nachzulassen und sie wieder *ad custodiam* zu bringen, worauf als denn und wenn alles ordentlich zu denen Akten requiriret, ferner in der Sache ergethet, was recht ist.“

1) *Teichmeyer*, l. c. S. 274.

2) *Kreß*, *Commentatio succincta in constitutionem criminalem Caroli V Imperatoris*. Hannover 1730.

3) *Quistorp*, l. c. S. 319.

4) *Böhmer*, *Observationes selectae ad Benedict. Caruzoni pract. novam rerum Criminalium. Imperialem Saxoniam*. Frankfurt a. Main 1759. S. 71.

Nicht immer ließen sich die Gerichte von solchen Erwägungen leiten. So verhängte das Gericht bei einer Epileptica 1767¹⁾, welche des Kindesmordes verdächtig war, die peinliche Frage, damit sie bekennen solle, ob sie zum Scharfrichter in der Absicht gegangen sei, um sich einen Trank geben zu lassen, der das Kind töten solle.

In der Endentscheidung wurde zwar von der Folter abgesehen, aber nur deshalb, weil das Verhalten des Scharfrichters nicht einwandfrei gewesen war. Anzuerkennen ist in der Begründung, daß man das weibliche Schamgefühl in Rechnung setzte: „Man muß bei der Folter mit der größten Behutsamkeit umgehen und wohl bedenken, daß eine Weibsperson, wenn sie sich in der Marterkammer vor denen Gerichtspersonen und dem Scharfrichter entkleiden soll, oft schon vor Angst ganz außer sich geraten und ehe sie es zum Entkleiden kommen läßt, in der Verwirrung, worinnen sie sich befindet, Dinge bekennen kann, die sie niemals begangen.

Je mehr wir die milde Auffassung, die aus diesem Urteile spricht, anerkennen müssen, umso mehr muß es auffallend erscheinen, daß darin der epileptischen Anfälle, an denen die Inquisitin litt, auch nicht mit einem Worte gedacht worden ist. Und doch wäre das schon deshalb durchaus angebracht gewesen, weil eine Verwirrung, die bei ihr nach der Geburt beobachtet wurde, den naheliegenden Verdacht hätte erwecken müssen, daß neben den Anfällen eine ausgeprägte geistige Störung zu ihrer Verteidigung hätte ins Treffen geführt werden können. Und daß die psychischen Krankheitssymptome bei der Entbindung von der Folter ganz erheblich in die Wagschale fielen, darüber herrschte bei Juristen wie Medizinern eine viel größere Übereinstimmung, wie über die Entlastungsgründe, die nur auf körperlichen Krankheitssymptomen basierten.

Zunächst kam wieder der Paragraph 59 der Karolina den Geisteskranken zugute. Ebensowenig, wie sie durch die Tortur

¹⁾ *Eisenhart*, Erzählungen von besonderen Rechtshändeln. Halle und Helmstädt 1767. S. 91. Eine Frauensperson macht sich eines Kindesmordes verdächtig.

eine Verschlimmerung ihres körperlichen Zustandes erleiden sollten, ebenso wenig sollte auch ihre Psyche angetastet werden. Wie diese Folgerung allerdings aus dem Wortlaute des Artikels hergeleitet werden konnte, das ist nach jetzigen Anschauungen ziemlich unerfindlich und macht der Interpretationskunst der Kommentatoren alle Ehre. Und ihrer Humanität nicht minder.

Vor allem aber kommen natürlich andere rein juristische Gesichtspunkte in Frage. Die Tortur war nun einmal ein Beweismittel oder sollte es doch wenigstens sein. Daß aber Leute, denen das Verständnis für das, was sie gesehen hatte, fehlte, welche des Gedächtnisses für das Erlebte ermangelten, oder die doch nur über eine unsichere und durch die mannigfachsten Fehlerquellen getrübt Erinnerung verfügen konnten und die infolge vieler sonstiger krankhafter Momente ihres Seelenlebens schon in gewöhnlichen Inquisitionsverfahren unfähig erschienen, ihr Zeugnis abzugeben, daß solche Leute durch die Tortur nicht gerade in ihrer Fähigkeit, den Zeugen zu spielen, verbessert wurden, das lag zu klar auf der Hand, um auch dem rigorosesten Schwärmer für die Segnungen des Torturalverfahrens zu entgehen.

Den Übergang zu den ausgesprochenen Psychosen vermittelten die physiologischen geistigen Schwächezustände, wie sie in der frühen Jugend und im späten Alter die Regel oder doch ziemlich häufig an der Tagesordnung sind.

Daß schon der körperliche Zustand dieser Altersperioden als Gegengrund gegen die Folter verwertet wurde, ist erwähnt. Das psychische Verhalten wurde in nicht ganz gleichmäßiger Weise in Rechnung gesetzt. Die geistige Minderwertigkeit der Kinder, die nicht fähig seien, dem Gange der Verhandlungen zu folgen und nicht wußten, was sie täten, wurde ohne weiteres anerkannt.¹⁾ Sie waren der Folter enthoben. Anders war es schon mit den Unmündigen und ganz besonders natürlich dann, wenn sie sich dem mannbaren Alter näherten. *Quistorp*²⁾ war entschieden der Ansicht, daß die Unmündigen in der Regel nicht zu foltern

¹⁾ *Teichmeyer*, l. c. S. 247.

²⁾ *Quistorp*, l. c. S. 239.

seien, doch hielt er die Bedrohung mit der Folter für durchaus zulässig. Bei den Minderjährigen bis zum 18. Jahre solle für gewöhnlich nur auf den ersten Grad der Tortur erkannt werden. Damit sie aber nicht ganz zu kurz kämen, hatte der umsichtige *Frölich von Frölichsburg*¹⁾ vorgeschlagen, sie sollten mit Ruten geschlagen werden. Zwar sollte man sie nur „mit mäßiger Bescheidenheit züchtigen, damit die Pein nicht der Folter gleichkomme“ — — — ob aber der Scharfrichter bei dieser harmlosen Methode immer das rechte Maß zu halten wußte, das mag in aller Bescheidenheit angezweifelt werden.

Ebensowenig wurde den Greisen die unumschränkte Konzeption der Torturfreiheit gemacht. *Zanger*²⁾ war sogar prinzipiell der Ansicht, daß die Greise von der Tortur nicht verschont zu werden brauchten. Aber die meisten Rechtsgelehrten erklärten sich im Sinne von *Teichmeyer* (l. c.), der die Ausnehmung der Greise, die in doppelter Hinsicht Kinder seien, verlangte. Nicht einmal die Territion sei bei ihnen am Platze, da sie dadurch leicht in eine Apoplexie verfallen könnten. Der Haupthinderungsgrund sei aber der, daß die Frische des Geistes und Urteils im Alter schwinde. Deshalb mußten sie mit Kindern und Wahnsinnigen auf eine Stufe gestellt werden.

Man hatte sich, wie es wohl auch das richtige war, schließlich daran gewöhnt, die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen und je nach der individuellen Beschaffenheit der geistigen und körperlichen Kräfte dem Delinquenten volle oder teilweise Absolution von der Folter zu erteilen. *Quistorp*³⁾ verlangte zwar im allgemeinen, daß die greisen Delinquenten von vornherein extraordinarie d. h. mit wesentlich milderer Strafen zu bestrafen seien. „Es verschaffen jedoch, wie auch er sich selbst einschränkte, nicht sowohl das Alter, als die mit demselben gewöhnlich verbundenen Schwächlichkeiten eine Befreiung von der Tortur, wo-

1) *Frölich von Frölichsburg*, Commentarius in Kayser Carl des Fünften und des heil. Röm. Reichs Peinliche Hals-Gerichtsordnung. Frankfurt a. M. zu finden bey Johann Conrad Wohler, Buchhändler in Ulm. 1741. S. 178.

2) *Zanger*, Tractatus de Quaestionibus seu torturis reorum. Frankfurt a. O. 1705. S. 774.

3) *Quistorp*, l. c. S. 320.

auf man bey der Entscheidung der Frage: ob alte Leute gefoltert werden können, vorzüglich zu sehen hat.“

Der Artikel IX der bayrischen Kriminalrechte besagte daher auch ausdrücklich: Alte Leuthe von 60 — 70 Jahren soll man nicht peinlich fragen, sonderlich wenn sie sehr schwach und abkommend seyn, doch da sie von ziemlicher Stärke, kann man sie ring torquieren und mit solcher Bescheidenheit, daß es ihnen an ihrer Gesundheit nicht schade. Und *Frölich von Frölichsburg*, der trotz seines Namens der Typus eines düsteren Feindes der Hexen war, meinte auch, so ein 60 oder 70jähriger Mann einer noch frischen Gedächtnis, völligen Verstands und guter Leibeskräften wäre, könne er ohne Beschwerden mit der Folter belegt werden, wie dann die alte noch zaunzähe Hexen-Mütterlein von der Tortur nicht befreyet seyn.

Was die wirklichen Geisteskranken anbetrifft, so waren bei ihnen wohl sämtliche Theoretiker darüber einig, daß sie nicht in die Marterkammer wandern durften, „denn die Aberwitzige und Kleinmüthige seynd denen Kindern und Unmündigen gleich, denn diesen Leuten ist aller Verstand hindan gewichen“. *Frölich von Frölichsburg* l. c. S. 198.)

„Da die Tortur ein Mittel sein soll, die Wahrheit zu erforschen, darf sie nie bei solchen angewandt werden, bei denen man keine deutliche Kenntniss der Wahrheit voraussetzen kann. Geistesranke können ohne Unterschied der ihnen beschuldigten Verbrechen und auch zu der Zeit, wo sie von dem Anfalle des Unsinns frei sind, nicht gefoltert werden.“ (*Quistorp* l. c. S. 317.)

„Wider rasende und unsinnige Leute kann die freißliche Obrigkeit ebenfalls nicht exerciret werden, denn wer aus Unsinnigkeit delinquiret, verdienet keine Straff, weil kein freyer Will oder Vorsatz da ist.“ (*Beck*¹).

„Die Folter darf nicht angewandt werden bei Personen, welche die Sachen, von denen die Rede ist, nicht verstehen oder dafür die Erinnerung verloren haben.“ (*Engan* l. c.) Oder wie es

¹) *Beck*, Praxis aurea de jurisdictione superiori, criminali et centena vulgo. Von der Obergerichtsbarkeit, Zent-Gericht, hohen Malefiz- oder freißlichen Obrigkeit und Blutbann. S. 470.

in wohlklingenderem Latein lautete:¹⁾ „Praeter ea in decernenda tortura ratio habenda personarum, quarum aliae in totum, aliae in tantum ab ea communes sunt, partim ob defectum iudicii vel sensuum ut furiosi, melancholici, impuberes et surdo simulque muti partim ob corporis imbecillitatem ut epileptici“

Also und ähnlich²⁾ lauteten bei den verschiedenen Folterspezialisten die Meinungen. Gelegentlich wurden auch die einzelnen Psychosen aufgeführt und die Stolidi, die Stupidi, die Amentes, die Melancholici und Maniaci einzeln von der Folter entbunden (*Teichmeyer* l. c.). Wie die damaligen Juristen alles ganz genau wußten, so auch die Psychiatrie. So theilte *Böhmer* (l. c. S. 234) die Melancholie in drei Grade ein, von welchen der mittlere bei der Tortur ganz besondere Vorsicht verdiene. Kennzeichnet werde er durch die tiefste Trauer und Angst. Dieser Grad sei deshalb so bedenklich, weil bei ihm die Verwirrung des Geistes unter der Folter zunehme, sodaß die Antworten durch die Täuschungen und Einbildungen später getrübt würden.

Die Gesetzgebung der Einzelstaaten regelte den näheren Geschäftsgang bei diesem Ausnahmeverfahren. So bestimmte der Paragraph 11, — nicht der bekannte — sondern Paragraph 11 Kapitels 9 der Braunschweig-Lüneburgischen Kriminalinstruktion:

„Wie dann auch, wenn die Acta zur Einsendung instruiert sind und das Gericht besondere Umstände bey dem Gefangenen findet, z. E., daß er krank oder zarter Complexion, schwachen Verstandes ist weshalb die Beamte sogleich anfangs bey der Inquisiten Captur sich zu erkundigen und denen Umständen nach Visitationen anzustellen haben des Inquisiten Leibes- und Gemüths-Beschaffenheit, damit unsere Justiz-Canzleyen entweder in Erkennung der peinlichen Frage oder der Straffe selbst, Re-

¹⁾ *Meister*, Principia Juris criminalis Germanici communis. Göttingen 1811. S. 453.

²⁾ *Reinkingk*, Tract synoptic de retractu consanguinitatis et Responsum Juris de Processu contra sagas. Frankfurt 1670.

³⁾ *Criminale Instruction*, wie in peinlichen Sachen bey Justiz Cantzleyen und herrschaftlichen Niedergerichten zu verfahren vom ^{30. April}_{11. May} 1736. Chur Braunschweig-Lüneburgische Landes-Ordnungen und Gesetze. Göttingen 1740. Cap. IX. § 11. S. 686.

flexion darauf nehmen können, in einer besonderen Registratur gemeldet und beschrieben, auch allenfalls dero behuf vorgängig eine pflichtmäßige Untersuchung eines Medici und Chirurgi verfügt werden.“

Ehe die Frage erörtert wird, wie sich die Geisteskrankheit praktisch auf die Handhabung der Folter projiziert hat, sei noch einiger Nachbargebiete der Psychosen gedacht, welche die Wohltaten, die der Geisteskrankheit zuflossen, zum Teil für sich in Anspruch nahmen. Es ist das zunächst der Alkoholmißbrauch nebst den auf seinem Boden erwachsenden Psychosen und den Zuständen, die auf der Grenze geistiger Gesundheit stehen, soweit wenigstens dabei die Zurechnungsfähigkeit in Frage kommt. Ihre rechtliche Behandlung, insofern die Folter in Betracht gezogen wurde, war wieder eine recht verschiedene. Auf der einen Seite ging man so weit, daß schon die Trunkenheit an und für sich genügte, um dem Delinquenten Torturfreiheit zu verschaffen, wenigstens für den Augenblick. So bekannte sich *Hellfelds*¹⁾ zu der Ansicht:

„Dabey dann gute Achtung zu geben, daß der Verhaftte, so peinlich zu befragen, zur selben Zeit nicht beweint oder betrunken sey und ihme selbst Unrecht thue. Derowegen es, so viel möglich, dahin zu richten, daß die peinliche Frag für Mittags, wann der Verhaftte noch nüchtern ist, fůrgenommen und verrichtet werde.“

Daß es übrigens hier kein Wohlwollen gegen den Angeklagten war, welches diese Bestimmung zeitigte, bedarf keiner Erläuterung. Die Trunkenheit während der strafbaren Tat war durchaus nicht immer hinreichend, um den Missetäter von der peinlichen Frage zu exkulpieren. Es hing dies mit der verschiedenen Beurteilung der Bezechtheit zusammen, die bald als Milderungsgrund dem Angeklagten zugute kam, zu manchen Zeiten und in manchen deutschen Landen aber schon selbst als Vergehen mit den strengsten Strafen geahndet wurde, geschweige denn, daß sie ein während des Rausches verübtes Verbrechen in der Beurteilung gemildert

¹⁾ *Hellfelds*, Repertorium reale practicum Juris privati Imperii Romano-Germanico: Jena 1760. III. S. 2507.

hätte. So wurde 1606¹⁾ ein Mann, der in schwerster Betrunketheit einen anderen totgeschlagen hatte, ruhig gefoltert, obgleich er vollkommene Amnesie für den Vorfall hatte und die Zeugen vorher bekundet hatten, daß er sinnlos betrunken gewesen sei. Nicht besser erging es 1631 in Altenberge²⁾ zwei Alkoholisten, die in völliger Trunkenheit auf der Straße Reisende angefallen hatten. Mehr Glück hatte³⁾ ein sehr alter Mann, der nach exzessivem Alkoholgenusse in einen delirösen Zustand geraten war, und in diesem einen anderen Greis erschlagen hatte. Erst sollte er gefoltert werden, damit heraus käme, ob er den Totschlag mit Vorsatz ausgeführt und die Trunkenheit nur zu seiner Entschuldigung vorgeschützt habe. Die Endentscheidung rettete ihn vor der Marter: Die Trunkenheit könne nur durch Zeugen erwiesen werden. Auch die Strafe fiel verhältnismäßig gelinde aus. In einem weiteren Falle,⁴⁾ in welchem ein degenerierter Trunkenbold, der von seinem Schwiegervater gelegentlich einer Prügelei durch einen Schlag auf den Kopf betäubt worden war und in dieser Betäubung jenen getötet hatte, kam der Übeltäter nur aus juristischen — auf einem ganz anderen Gebiete liegenden — Gründen um die Folter herum. Obgleich er wieder völlige Amnesie für die Tat hatte, wurde die Trunkenheit selbst nicht auf seine Plusseite geschrieben. Nur der Umstand, daß eine außerordentliche Strafe zu erwarten war, schloß die Folter aus. Allerdings wurde ihm die Betäubung, in die er durch den Schlag versetzt worden war, zugute gerechnet und so kam die Psychiatrie nicht ganz zu kurz.

Als die letzten im Bunde derer, deren krankes oder unzulängliches Gehirn sie vor der Folter schützt, sind die Taubstummen zu nennen.

„Auch sie gehören zu den Toren, da das Gehör die Tür des Verstandes ist, durch welche die Erkenntnis herbeigeführt wird“ (*Teichmeyer*, l. c.).

¹⁾ *Carpzow*, *Practica nova Imperialis Saxon rerum Criminalium*. Frankfurt. 1689. S. 161.

²⁾ *Carpzow*, l. c. S. 377.

³⁾ *Eisenhart*, l. c. 1767. Gespenster veranlassen einen Totschlag. S. 17.

⁴⁾ *Eisenhart*, *Erzählungen von besonderen Rechtshändeln*. 9. Teil. 1776. S. 85.

Ihnen gegenüber befand sich die Rechtspflege auf einem besonders schwankenden Boden. Die Mittel zur Verständigung mit den Taubstummen standen noch lange nicht auf der Höhe wie heutzutage, man mußte zu den verzwicktesten Mitteln greifen, um überhaupt mit ihnen ein Verhör durchzuführen und erst gar sich über ihre geistige Fähigkeiten wenigstens ein einigermaßen klares Bild zu verschaffen. Da man nur zu oft trotz alledem zu keinem einwandsfreien Resultate kam, gelangte das Prinzip in *dubio pro reo* für den Taubstummen auch gerade bei Verhängung der Folter häufig zur Geltung. So ist es denn kein Wunder, wenn einer der gelahrtesten Vertreter der Jurisprudenz des 18. Jahrhunderts *Kreß*¹⁾ den *Mutis et Surdis* ein besonderes bedeutsames *Opus*¹⁾ widmete, wobei auch die diffizile Materie der Folterung die gebührende Beleuchtung erhielt.

Er war energisch dagegen, daß sie torquiert werden sollten, denn der Täter müsse von dem Unterschied zwischen Recht und Unrecht Wissenschaft haben. Von dergleichen Wissenschaft sei der Richter bei ihnen aber gewiß nie versichert. Auch könne er die Vorschriften der peinlichen Gerichtsordnung nicht durchführen, da er von ihm nicht die vorgeschriebene Antwort auf die Frage, ob er gestehen wolle, erhalten könne. Ebensowenig könne man nach der Marter gewisse vorgeschriebene Fragen an ihn richten. Seien doch die meisten Juristen nicht einmal mit dem freiwilligen gütlichen Bekenntnis eines Stummen außer der Marter zufrieden und achteten sie zum Todesurteil nicht für hinlänglich: „weß wollen sie denn mit der bey Confusion und Schrecken von einem Stummen gethanen Urgicht (etwa ersten Bekenntnisse nach der Folter) sonderlich anfangen? Nur in gewissen Fällen, wenn reiches Gut gestohlen oder ein Kind geraubt worden sei, hielt *Kreß* auch hier die Marter für erlaubt, weil dann das große Unrecht wieder gut gemacht werden könne.

Im übrigen hatte der biedere Jurist auch hierfür einen recht jesuitischen Ausweg gefunden, um seiner Theorie treu zu bleiben

¹⁾ *Kreß*, Kurtze juristische Betrachtung von dem Rechte der Taub- und Stumm gebohrenen. Wolfenbüttel, zu bekommen bei Herrn Meißnern. 1727. S. 69.

und doch den Taubstummen wenigstens etwas zu Leibe gehen zu können: „Wennwohl eben der Scharfrichter nicht absolute dazu nöthig sey, sondern der Stumme durch Geisseln von Gerichtsdienern, Hungern und Durst, harte Banden im Gefängnis schon ziemlich gequälet werden mögte.“

Wie hoch im übrigen die Macht der befreienden Umstände, soweit, sie auf der Basis eines psychischen Defektes beruhten, eingeschätzt wurde, geht schon daraus hervor, daß bei dem *crimen laesae majestatis*¹⁾ die sämtlichen anderen Gründe, welche den Inquisiten dem Henker entrissen, in Wegfall kamen. Nur die Wahnsinnigen, die Unmündigen und Taubstummen gingen auch hier frei aus.

Allerdings hat es auch für sie eine Grenze gegeben, bei welcher die Indemnität erlosch, und das waren bei den *Delictis nefandis*: „Die *delicta*, quae ne quidem digna sunt dictu“ zum Beispiel Gattenmord, Kirchenschändung und Blutschande. Bei diesen sollte überhaupt kein Mensch von der Tortur befreit werden. Daß das sehr konsequent und angezeigt gewesen wäre, kann kaum behauptet werden, da ja gerade ein geistig umnachteter Mensch sich am ersten über alle die Gegengründe hinwegzusetzen vermag, die den normalen Menschen vor solchen scheußlichen Verbrechen zurückdrängen und da in der Tat, wie die Erfahrung lehrt, das Konto von Geisteskranken mit gerade solchen Verbrechen belastet wird.

Da verlangt wurde, daß der Delinquent während der Folter unter allen Umständen psychisch normal sein sollte, so befreite den Täter auch eine nach der Tat auftretende Psychose vor der Marter. „So wird billig bey den Gefangenen mit Zuziehung gelehrter und erfahrener Ärzte auß seinen Reden und Geberden fleissige Erkundigung genommen, wie es seines Verstandes halber umb ihn eigentlich bewandt, ob er bey guter Vernunft und rechtem vollkömmlichem Verstande oder mit Schwermuht und melancholischen Gedanken beladen sey und wenn solche Erkundigung mit Fleiß registriret und zu den Akten gebracht wird, so ergethet darauff der scharffen Fragen wegen oder sonsten, was recht ist.“

Auf der anderen Seite durfte auch der Täter, der das Ver-

¹⁾ Zanger, l. c. S. 774.

brechen in Geisteskrankheit vollbracht hatte, nicht gefoltert werden, auch wenn er nachher in den Vollbesitz seiner geistigen Gesundheit wieder gelangt war. Denn war er völlig geisteskrank gewesen, dann lag eben kein Verbrechen vor, und dann war auch kein Beweis erforderlich. Der unsern § 51 ziemlich genau entsprechende Artikel 179 der Karolina entzog dem Verbrechen in diesem Falle die Existenzberechtigung.

(Von übelthätern die jugendt oder anderer sachen halb irre Sinn mit haben:

„Item wirdt von jemand, der jugendt oder anderer gebrechlichkeit halben wissentlich seine sinn nit hett, eyn übelthat nit begangen, das soll mit allen umbstenden an die ortten und enden wie zu ende dieser unser ordnung angezeygt gelangen und nach rath derselben und ander verstendigen darinne gehandelt oder gestrafft werden.“)

Sogar wenn die Geisteskrankheit nicht ganz straffreimachend, sondern nur strafmildernd wirkte, (so bewirkte die bloße „Einfalt oder die nicht mit der Sinnlosigkeit verbunden ist“, keine völlige Befreiung von der Strafe¹⁾ sollte der Täter in den meisten Fällen der Folter entgehen. Denn da in solchen Fällen die schwersten Strafen wegfielen, andererseits die Folter nur verhängt werden durfte, wenn sehr harte Strafen zu erwarten waren, so mußte man auch bei diesen leichteren psychischen Fällen auf die peinliche Frage verzichten.

Wie weit der Einfluß der psychischen Krankheiten in die Sphäre des Torturverfahrens eingriff, das beweist fernerhin die Tatsache, daß die Geisteskrankheit des Täters auch seine Komplizen der Folterbank entreißen konnte, denn da der Täter geisteskrank war, lag kein Verbrechen vor, ergo konnte der andere ihm dabei auch nicht helfen, mochte er nun noch so normal sein und den andern vielleicht gar absichtlich als Werkzeug benutzt haben. So war wenigstens im groben der juristische Gedankengang.

In einer Kirche war ein Einbruch verübt worden. Einige Tage später meldete sich ein angesehener Einwohner, der bis da-

¹⁾ *Quistorp*, l. c. S. 317.

hin immer einen stillen und unschuldigen Lebenswandel geführt, an dem man aber seit einigen Jahren ein melancholisches Wesen bemerkt hatte, und bekannte sich zu der Tat.¹⁾ In der gerichtlichen Vernehmung gab er an, er habe das Geld bei einem Nachbar vergraben, von dem er dazu angestiftet worden sei. Erstes erwies sich als falsch, ein anderer Mann, der ihn dabei unterstützt haben sollte, konnte sein Alibi nachweisen. Das Gericht neigte zu der Annahme, die Unwahrheiten seien der Melancholie zuzuschreiben und der Nachbar sei unschuldig, obgleich er ein dem Trunke in höchstem Maße ergebener Kerl sei, der fast alle Tage besoffen nach Hause komme und wegen mehrerer trunkenerweise begangenen Vergehungen einigemal im Gefängnis habe sitzen müssen. Jedenfalls leugnete er hartnäckig, einen solchen Ratsschlag gegeben zu haben. Er halte jenen für einen dummen und melancholischen Kerl, nie würde er dessen Einfalt und Blödsinn mißbrauchen. In einer Konfrontation blieb der Hauptdelinquent bei seinen Angaben, die er auf das genaueste präzisirte.

Der Fiskal beantragte gegen den ersten die Strafe des Stranges, der zweite sollte durch die Folter zum Geständnis gebracht werden. Der Verteidiger des Melancholikus führte unter vielen anderen bedeutenden Gründen auch seinen eigentümlichen Gemütszustand an. Sei auch seine Melancholie nicht völlig erwiesen, so sei er doch ein alberner Mensch, der ohne Überlegung etwas anfange und bald darauf bereue. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich angeordnet, daß auch bei Diebstahl, der an geweihten Dingen und Stätten begangen worden sei, auf Jugend und Torheit der Person angesehen werden solle.

Der Verteidiger des Mitangeklagten leugnete überhaupt das Vorhandensein der Tat, die nur auf den Anschuldigungen eines albern Menschen beruhe, der manchmal nicht recht bei Verstande sei. Dieser könne ja nicht einmal der Folter unterworfen werden. Nach Artikel 31 der Karolina müsse aber, wenn die von einem überwundenen Missetäter hergekommene Aussage Glauben verdienen solle, selbige auf der Marter geschehen sein.

¹⁾ *Eisenhart*, Erzählungen etc. 1769. S. 326. Der sich selbst anklagende Kirchendieb.

Die Fakultät verurteilte den Hauptmissetäter zu zweijähriger Karrenstrafe, der andere hatte einen Reinigungseid zu schwören. Dem ersteren wurde ausdrücklich zugerechnet, daß er zwar seiner gesunden Vernunft nicht beraubt gewesen sei, daß es ihm aber an gründlicher Einsicht und Überlegung fehle. Er habe einen blöden Verstand besessen und oft nicht gewußt, was er begangen habe. Seine Offenherzigkeit zeige einen gewissen Grad von Melancholey an. Die peinliche Halsgerichtsordnung spreche dergleichen Leute nicht von aller Strafe frei, sie befehle aber auch, daß man sich bei Bestimmung der Strafe darnach richte. Gegen solche ihrer Vernunft und Sinne völlig beraubte Menschen, die schon genügend bestraft seien, könne man nichts weiter unternehmen, als sie an wohlverwahrte Örter zu bringen, wo sie niemand weiter einen Schaden zufügen könnten. Seine unsicheren Angaben entlasteten auch den Mitgefangenen. Zudem seien seine Aussagen auch nicht, wie das Gesetz es verlange, in der Tortur geschehen, welcher er wegen der an ihm bemerkten Schwachheit des Verstandes nicht unterworfen werden könne. Und so kam der Komplize um Tortur und Strafe herum.

Der Prozeß ist deshalb so interessant, weil in ihm gleich zwei Psychopathen, ein Melancholikus und ein Alkoholist in die Arena des Gerichtes treten. Dem ersteren wird die Folter geschenkt, bei dem zweiten wird seine alkoholistische Degeneration mit keinem Worte gestreift, als bei ihm die Marter in Frage kommt, und nur die Geisteskrankheit des ersteren gestaltet den Prozeßgang derart, daß er noch ohne die peinliche Frage davonkommt. Dabei ist die Frage überhaupt noch gar nicht gelöst, ob an der Täterschaft der beiden Personen ein wahres Wort ist, oder ob wir es lediglich mit den Selbstbezüglichungen eines Melancholikus zu tun haben.

Wenn wir die bis jetzt geschilderten gesetzlichen Bestimmungen sowie die Ansichten der Kommentatoren und der forensischen Medizin überschauen, dann muß man sicher zu der Ansicht gelangen, daß die Geisteskranken es damals, wenigstens was die peinliche Frage anbetrifft, sehr gut hatten, und daß es ein leichtes gewesen sein müsse, sie den Klauen des Henkers zu entreißen.

Wie so häufig bei allem, was derartige Theorien anbetrifft, soweit sie sich auf Geisteskrankheiten beziehen — nicht nur ihr Los vor den Schranken des Gerichts — finden wir, daß die Praxis sich mit jenen durchaus nicht zusammenreimen will. Durchblättern wir die Prozeßakten jener Zeit, so wird gar selten eines solchen Falles Erwähnung getan. Daß die Geisteskranken in jenen Zeiten soviel dünner gesät sein sollten wie heutzutage, und daß sie durch ihre psychische Minderwertigkeit weniger zu Gesetzesübertretungen getrieben worden wären, das kann kaum in einem solchen Maße ausgeprägt gewesen sein, daß die Entlastung von der Folter aus diesem Grunde so sporadisch aufgetreten wäre. Der wahre Grund davon muß wohl etwas tiefer gelegen haben.

Die Umwertung des theoretischen Wohlwollens in die Praxis scheiterte in erster Linie jedenfalls daran, daß die Geisteskranken nicht als solche erkannt wurden. Und wer sollte denn das in den alten guten Zeiten auch tun? Unser Jahrhundert braucht in diesem Punkte nicht allzu pharisäisch auf jene Zeiten herabzublicken. Bedenkt man, was ein Verbrecher heutzutage alles schon von krankhaften Erscheinungen produziert haben muß, bis ihm seine lieben Mitbürger von vornherein die Entschuldigung einer Psychose angedeihen lassen, ohne daß man dabei die Degenerationszustände und alle die leichteren Zustände geistiger Minderwertigkeit im Auge zu fassen braucht, von deren entlastendem Werte sich weder die Richter noch das Publikum allzugerne überzeugen lassen — dann wird man sich unschwer vorstellen, daß es damals schon recht derber und kerniger Psychosen bedurft haben wird, um überhaupt die Einleitung des Inquisitionsverfahrens und der Folter zu verhindern. Man kann versichert sein, daß die meisten Geisteskranken den Weg vor das Tribunal fanden. Dann war noch immer die Frage zu entscheiden, wer jetzt die geistige Krankheit zu entdecken hatte.

In erster Linie war dazu natürlich der Richter befugt und berechtigt. Nicht erst in unseren Zeiten ist es das angenehme Vorrecht der Juristen, daß sie alles wissen müssen und auch wirklich wissen, vor allem natürlich die Lehre von den Geisteskrankheiten. So betonte schon damals auch *Böhmer*,¹⁾ daß der Richter

¹⁾ *Fr. Böhmer, Elementa Jurisprudentiae Criminalis. Halle, 1749.*

die Entscheidung über die Anwendung der mildernden Grundsätze zu treffen habe und *Beck*¹⁾ sprach ihm das Recht und die Pflicht zu, zu erwägen, ob Inquisit seiner Leibesbeschaffenheit nach torquiert werden könne, und ob auch nichts arges aus der Peinigung zu befahren sei. Ausdrücklich warnte er ihn auch, bei dieser Gelegenheit die Peinigung in den Tagen anzustellen, in denen eine Mondverwechslung stattfinde, weil alsdann die Krankheiten sich stärker einzufinden pflegten. Um bei labilen Inquisiten aber, bei denen auf der Tortur irgend etwas böses zu befürchten sei, unliebsame Zwischenfälle zu verhüten, riet er, ihnen vor der Peinigung ein praeservativ von einem anständigen Medico eingeben zu lassen und dergestalt nach Möglichkeit dieses Übel zurückzuhalten. Auch die churbraunschweig-lüneburgische Kriminalinstruktion verlangte,²⁾ daß der Richter unmittelbar vor Vollstreckung der Tortur sich zuvörderst über den Zustand des Leibes und Gemütes des Inquisiten zu erkundigen habe.

Daß man sich von der psychiatrischen Begabung der Richter bei dieser Gelegenheit nicht allzuviel versprechen darf, daß der Inquisit, wenn er nicht allzu auffallende Krankheitsäußerungen von sich gab, den psychiatrischen Argwohn des Richters kaum erregt haben mag, und daß dieser von den humanen Sentimentalitäten unserer Zeit nicht gar zu sehr angekränkt gewesen sein wird, liegt auch wohl ziemlich klar auf der Hand.

Auch in jenen Zeiten waren aber sich die verständigeren Judices über ihre Unzulänglichkeit auf diesem Gebiete nicht ganz im unklaren. Die Mitwirkung des Arztes bei dieser schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe wurde von den meisten juristischen Bearbeitern der Karolina verlangt. „Zur gehörigen Beurteilung der Leibesschäden pflegt man das Gutachten der Ärzte zu fordern, sie auch bei der Tortur gegenwärtig sein zu lassen.“³⁾ Auch *Kreß*⁴⁾ forderte bei seinen Verlangen: uno animi morborum v. c. melancholiae ratio habenda est, daß die Ärzte hierüber zu urteilen hätten. Ihre Sache sei es, nicht nur über die Krank-

1) *Beck*, Praxis aura etc. S. 189.

2) I. c. S. 870. Kap. 11. § IV.

3) *Quistorp*, I. c. S. 319.

4) *Kreß*, Commentatis etc. S. 64.

heiten des Körpers, sondern über die Schäden der Seele zu urteilen. „Die Herren Medici sollen bei Untersuchungen der Gemüthskrankheiten und Mangel an Verstande mit zugezogen werden, auch hat der Richter in dem peinlichen Erkändnis auf ihr Attestat das Absehen mit zuzurichten.“

Auch dann, wenn die Krankheit während der Folter ausgebrochen oder sich wenigstens dort erst bemerkbar gemacht hatte, sollte die medizinische Erfahrung gehört werden. *Quistorp* (l. c. S. 337) hielt es in diesem Falle für billig, daß ein Inquisit, der krankheitshalber von der Folter heruntergenommen werden müsse und schon einige Grade der Tortur überstanden hätte, nicht schon nach einigen Tagen, allein auf das Urteil des Unterrichters hin, weiter mit der Tortur belegt werden dürfe. Diese sollten vielmehr gehalten sein, die Akten mit der Beilegung des Gutachtens eines oder mehrerer erfahrener Ärzte an die Oberrichter oder die Rechtskollegien zu versenden, die sodann nach Beschaffenheit der Umstände entweder sofort auf eine außerordentliche Strafe erkennen sollten, oder die Grenzen der aufs neue vorzunehmenden Tortur besonders vorzuschreiben hätten.

Die letzte Entscheidung über die psychische Erkrankung lag also auch hier wieder in juristischen Händen. Aber davon ganz abgesehen wurde diese Methode praktisch durchaus nicht so gehandhabt, wie man sich das nach den theoretischen Erwägungen hätte versprechen sollen. Bei der ersten Tortur wurde kaum jemals, soweit das aus der Literatur zu ersehen ist, die forensische Medizin in ihre Rechte eingesetzt. Erst wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen war, wurde dieser zugedeckt. Die psychische Erkrankung hatte also meistens nicht einmal dazu gereicht, dem Unglücklichen eine Folter zu ersparen, in einer ganzen Reihe von Fällen vermochte sie es auch nicht, die zweite Folter von ihm zurückzuhalten, nur daß er dann die kümmerliche Beruhigung hatte, daß nunmehr der feierliche Aktus unter ärztlicher Approbation oder Kontrolle vor sich ging.

Und daß letztere eine geradezu ideale gewesen sei, das können wir bei allem Solidaritätsgefühle mit unsern psychiatrischen Kollegen aus jenen Jahrhunderten leider nicht behaupten. Die meisten von ihnen standen dem Folterakte gerade wie ihre Kollegen von

der anderen Fakultät, die Juristen, mit einer ganz anderen Abhärtung gegenüber, als wir uns das nach unseren modernen Anschauungen vorstellen können. Dazu gab es keine spezialistisch ausgebildeten Irrenärzte. Jeder Medikus hatte sich die Lehre von den Geisteskrankheiten nach seinen eigenen mehr oder minder ausgiebigen praktischen Erfahrungen, oder wo ihm solche fehlten, aus dem reichen Born seiner Phantasie zurechtgelegt, und dem entsprechend erfolgte auch die Begutachtung.

Kam jemand, der mit seiner Psyche nicht ganz im reinen war, in die Folterkammer, dann kann man im großen und ganzen ruhig sagen, daß er auf die Milde und den psychiatrischen Scharfblick des Scharfrichters angewiesen war. Die Richter, welche der traurigen Prozedur beiwohnen mußten, saßen zudem soweit von dem Inquisiten entfernt, daß ihnen die Ausübung ihrer psychologischen und psychiatrischen Funktionen, soweit sie solche überhaupt hatten und sie auszuüben gewillt waren, auf das äußerste erschwert wurde. Was die Furiosi und Melancholici jener Zeit aber von der Milde des „Meister Hanns, Meister Fix, Meister Hämmerling, Angstmann, Haltausfest, Peinlein“¹⁾ zu erwarten hatten, das bedarf keiner längeren Schilderung.

Ganz zu schweigen davon, daß er nach den ganzen Gewohnheiten seines Amtes geneigt war, alle Milderungsgründe bei der Tortur möglichst wenig zur Geltung kommen zu lassen und in allen auffälligen Erscheinungen nur Verstellung zu erblicken, fehlte ihm natürlich jede psychiatrische Vorbildung. Hatte er einmal irgendwelche auffällige Beobachtungen gemacht, dann fehlte ihm der Schlüssel dazu, und die mangelnde Deutung verschloß ihm jeden Fingerzeig für entsprechendes Benehmen in der Zukunft. Ließ doch auch schon die Ausübung des Berufes an und für sich nicht allzusehr viel zu wünschen übrig, da ja eine Ausbildung in seiner Branche bei der Natur seines Amtes nicht zu erzielen war. Da war es denn nicht zu verwundern, wenn einer der namhaftesten Juristen des 18. Jahrhunderts¹⁾ verlangte: „Es wäre zu wünschen, daß gleichwie die neuen Wundärzte und Bademütter von den

¹⁾ *Meister*, Vollständige Einleitung zur peinlichen Rechtslehramkeit in Deutschland. Göttingen, 1776. S. 129.

Ärzten und Chirurgen gemeinlich in Beysein einiger obrigkeitlichen Personen zuvor geprüft werden, also auch eine ähnliche Untersuchung mit einem zu bestellenden Scharfrichter und Schinder von einem andern kundigen Scharfrichter vorgenommen und derselbe geprüft werden möchte, ob er gehörig zu köpfen, hängen, rädern und die peinlichen Instrumente anzulegen wisse, auch derselbe, wenn er noch in einem oder dem andern anstoßen sollte, von dem geschicktesten Scharfrichter vollkommen gemacht, und auch dieser, wenn er fehlen sollte, durch eine Vorschrift der Ärzte und Wundärzte besser zu unterrichten sei.“

Es ist auf das höchste zu bedauern, daß diese Prüfung, durch welche der Scharfrichter und Schinder in gewisser Beziehung zum legitimen, wenn auch vielleicht etwas untergeordneten Kollegen der Medici erhoben worden wäre, in der Praxis nicht zustande gekommen ist. Vielleicht wären dann von dem reichbesetzten Tische der irrenärztlichen Praxis auch einige Brocken für den Mann abgefallen, dem es in der Stunde, in welcher dem bedauernswürdigen Kranken die Erkenntnis seines krankhaften Zustandes am bittersten not tat, oblag, die praktischen Konsequenzen aus dieser minderwertigen Beschaffenheit seiner Psyche zu ziehen.

Alle dieselben Unzulänglichkeiten in der Erkenntnis der Krankheit drohten natürlich nicht minder demjenigen, der mit gesunden Sinnen die Folterbank erstieg, um unter den ausgesuchten Foltern psychisch zusammenzubrechen. Daß die Folter an und für sich genügte, um bei einem psychisch gesunden Menschen eine Psychose auszulösen, das beweist eine nicht unbeträchtliche Menge von Fällen. Daß die enormen Foltern sicherlich geeignet waren, auf das Seelenleben schädigende Wirkungen auszuüben, bedarf keiner ausführlichen medizinischen Begründung. Die entsetzlichen Schmerzen, die enormen Anforderungen, die an den ganzen sensiblen Nervenapparat gestellt wurden, die kolossalen Schwankungen in der Blutverteilung, die das Gehirn wesentlich mit in Anspruch nahmen, die direkte Applikation mancher Folterarten auf den Schädel selbst, alles das waren körperliche Momente, welche den fruchtbarsten Boden für eine psychische Anomalie abgaben. Dazu gesellte sich noch die unsäglich Angst, die Furcht vor dem, was noch kommen sollte, das Bewußtsein, daß beim Versagen der

Willenskraft der sichere und qualvolle Tod drohte — kurzum, eine Fülle von Momenten, welche den Seelenzustand während der Tortur von einem normalen himmelweit entfernt sein ließen, so daß man mit gutem Gewissen von einer artefiziellen Tortural-psychose sprechen kann.

Dazu kam noch bei den Frauen, die wie schon erwähnt sich ganz entkleiden mußten, der wichtige Faktor der Scham hinzu — ein die Beweisführung trübendes Moment, welches auch zu jenen Zeiten als ein die Klarheit der Beweisführung trübendes angesehen wurde. So schreibt *Grave*¹⁾, ein Osnabrücker Geistlicher, der in den Stürmen der Hexenverfolgung mannhaft seine Stimme erhob: „Zum Vierdten machet sich selbst verdächtig diese Manier die Hexen zum Bekämdnuß schamrot zu machen und in Confusion zu bringen, weil sie undienlich und unnütze ist, auch keine Frucht schafft.“

Jedenfalls war der seelische Zustand während der Folter ein derartiger, daß diese nur als gräulichstes Zerrbild eines Beweisverfahren gelten kann. Und selbst den schlimmsten Inquisitoren jener Zeit war es nicht verborgen, daß das, was der Inquisit auf der Folter bekannte, nicht ohne weiteres als der Ausfluß eines normalen Denkens angesehen werden durfte. Erst wenn er unter anderen Bedingungen das wiederholt hatte, was er gesagt hatte, galt es als eine vollkommen genügende Selbstbeziehung.

„Die Verurteilung kann sich niemals auf dem auf der Folter abgelegten und sogar nachher, wenn die Schmerzen sich gelegt haben, bestätigten Bekenntnisse gründen, wenn es nicht mit den anderweit bewiesenen Umständen und Anzeigen übereinstimmen sollte.“²⁾

Wenn auch die Bekenntnis während der Marter erfolgt, so darf der Richter sich nicht dabei beruhigen, sondern muß den Inquisiten nach einigen Tagen an der gewöhnlichen Gerichtsstelle in Abwesenheit des Scharfrichters und der Tortu-

¹⁾ *Grave*, Abgenötigte Rettung und Erklärung zweyer zu Rinteln jüngst-
hin gedruckter Send-Briefe, so mit Arrest sind hieselbst befangen: In welchem
wird gehandelt von der Wasser Prob oder vermeintem Hexenbaden. Rinteln
an der Weser. 1640. S. 43.

²⁾ *Quistorp*, l. c. S. 323.

ralinstrumente vernehmen. Nur ein alsdann wiederholtes Geständnis ist gültig.“¹⁾ Das Verhör sollte eben erst dann vorgenommen werden, wenn alle schmerzlichen Erinnerungen erloschen waren, und zu diesem Zwecke mußten zwischen Folter und definitiver Aussage ein genügender Zwischenraum liegen.²⁾

Da die Willenskraft und Widerstandskraft unter der ungeheuren Schmerzenslast fast vollkommen erlahmte, war die Psyche in den meisten Einflüssen dem Übergewichte des inquirierenden Richters so gut wie willenlos unterworfen, es fehlte jede Kraft der Überlegung und der Prüfung der an ihn gestellten Fragen. Gerne beantwortet der gequälte Inquisit die an ihn gestellten Fragen im Sinne des Richters, damit nur die Martern ein Ende nähmen. Der Macht der Suggestion in ihrer allergrößten Gestalt war Tür und Tor geöffnet. Auch das verhehlten sich die alten Judices nicht. „Wenn Suggestionen je schädlich sind,³⁾ so sind sie es im höchsten Grade im Falle der Tortur. Man hat der Beispiele nicht wenige, daß Beschuldigte bloß deswegen falsch gestanden haben, um sich von der Tortur zu befreien, wenn sie schon für die Zukunft vieles von diesem Geständnisse zu fürchten hatten. Dazu kommt noch die Besorgnis, ob der Gefragte alle die in der Frage begriffenen Umstände wohl verstanden habe, wenn er sie mit einem bloßen Ja abfertigt. Dieser Umstand ist gewiß nicht ohne Grund, wenn man bedenkt, in welche Verwirrung der Inquisit durch die fürchterlichen Schmerzen der Tortur versetzt wird.“

Deshalb hatte die Kriminalprozeßordnung auch wohlweislich vorgeschrieben:

„Item in den vordern artikeln ist klärlich gesetzt, wie man eynen, der einer missethat, die zweifellig ist, auß marter oder bedrohung der marter bekennt, nach allen umbstenden derselben missethat fragen und darauff erkündigung thun und auff den grundt der warheytt kommen usw., solches würde aber etwa da-

¹⁾ Klein, l. c. S. 460.

²⁾ Henke, Grundriß einer Geschichte des deutschen peinlichen Rechtes und der peinlichen Rechtswissenschaft. Sulzbach 1809. II. Teil. S. 603.

³⁾ Kleinschrod, Abhandlungen aus dem peinlichen Rechte und peinlichen Prozesse. Erlangen 1797. Über Suggestionen im peinlichen Prozesse. S. 106.

mit verderbt, wann den gefangen ihn umnemen oder fragen, die selben umbstende der missethat vorgesaget und darauff gefragt werden. Darumb wollen wir das die richter solchs fürkommen, daß es mit geschehe, sondern verklagten mit anders vor oder inn der Frage fürgehalten werde, dann noch der weiß als klerlich von den vorgennden artikeln geschrieben steht“.¹)

Trotzdem schritt man in der Praxis, wie *Kleinschrod* sehr bitterlich klagte, zu sehr suggestiven Torturalfragen. „Die armen Leuthe, wenn sie zuvohr alle ihre Glieder im Hexenthurm ganz erfröhret, heraußgezogen undt von dem Scharfrichter und Henkersknecht auff die Folter gespannt, ihnen Höltzer in die Mäuler gelegt, auff eine Leiter jämmerlich angebunden und darauff so lang an Händen und Füßen und allen Gliedern gemartert. tormentiret und gepeinigt würden, biß sie aus unerträglicher Pein alles. was der Scharfrichter ihnen suggeriret und vorgesaget bejahren müßten.“ Ebenso schilderte *Johann Schüler*, ein Lindheimischer Bürger, der 1664 die Folter am eigenen Leibe hatte durchkosten müssen, in seiner Verteidigungsschrift diese suggestive Methode in drastischer Weise.²)

Und dabei war eine bei der Tortur begangene Suggestion nicht wieder gut zu machen. Hatte der Delinquent die Frage einmal bejaht, war das Verhör in der Folge in allgemeine Fragen umgeschaffen und es erfolgte eine veränderte Angabe, dann war das Torturalgeständnis entkräftet, stimmte sie damit überein, so war der Richter im Zweifel, was er machen solle, weil die erste Aussage in der Verwirrung gemacht worden war und der Angeklagte fürchten mußte, durch eine veränderte Aussage sich von neuem zu verdächtigen und eine neue Tortur auf sich heraufzubeschwören.

Vor allem für die Frauen war allein die Bedrohung mit der Folter, die *Territio realis* und *nuda* schon mehr als hinreichend, um sie in einen Zustand zu versetzen, der mit einem normalen nur eine geringe Ähnlichkeit hatte.³) Die *Territion* wurde des-

¹) Kaiser Karl des Fünften und des Heil. Röm. Rechts *Peinliche Gerichtsordnung* 1533. Art. 56.

²) *Horst*, Zauberbibliothek. Mainz 1821 II. Teil. S. 408.

³) *Quanten*, I. c. S. 271.

halb meist auch nur bei zaghaften Weibern oder bei besonders feigen und sensitiven Männern angewandt.

Es blieb aber, wie schon gesagt, nicht immer bei solchen, doch immerhin vorübergehenden psychischen Beeinflussungen, die ja wenigstens mit dem Aufhören der Folter ihr Ende erreichten. „Die Wochen, Monate und Jahre lang im scheußlichsten Kerker, auf der Folter und unter der rohesten Behandlung des Gerichtes und des Henkers erlittene Qual trieb schließlich die Unglücklichen zu einer Verwirrung der Gedanken und zu einem Wahnsinn, in welchem sie selbst schließlich an die Wahrheit der ihnen auf der Folter erpreßten Aussagen glaubten.“ Das sagt *Soldan*, ein Mann, der sich im übrigen gegen das Hereinspielen der Geisteskrankheiten in die ganze Hexenverfolgungsbewegung mit der größten Skepsis aussprach.

In demselben Sinne äußerte sich *Kirchhoff*.¹⁾ „Zuweilen führte die grausame Tortur aber auch erst während der Untersuchung zu Erkrankungen, besonders war die sogenannte Tortura insomnia dazu geeignet, denn auch sonst ist Schlaflosigkeit eine Ursache, die nach aller Erfahrung das Entstehen geistiger Störungen ganz besonders erleichtert. Wollte der Gefolterte seine Schmerzen im Schlafe vergessen, so riß man ihn von neuem zur Folter. Rechnet man dazu die Seelenangst jener Unglücklichen, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn selbst die so lückenhaften Aktenberichte andeuten und aussprechen, daß der Angeklagte während der Untersuchung in Wahnsinn verfallen sei.“

Bedenkt man außerdem, wie häufig berichtet wird, daß die Inquisiten nach der Tortur im Kerker sich selbst das Leben genommen haben, so wird man nicht umhin können, wenigstens einen Teil dieser Selbstentleibungen auf das Konto einer während der Tortur entstandenen Psychose zu setzen. In der weitaus größeren Mehrzahl solcher Fälle bedarf es ja wohl kaum einer derartigen Deutung, die Angst vor erneuten Foltern, die quälende Ungewißheit, die Verzweiflung über den sicher bevorstehenden gräßlichen Tod im Vereine mit den peinigenden Schmerzen

¹⁾ *Kirchhoff*, Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890. S. 50.

der auf der Folter zerrissenen Gliedern mögen den Unglücklichen den Tod als willkommene Erlösung aus all den Qualen haben erscheinen lassen. Aber manchmal finden wir, daß gerade solche Angeklagte, die schon auf der Marterbank durch ihr eigentümliches Gebahren den Verdacht erwecken, daß es mit ihnen in psychischer Beziehung nicht stimmte, diesen Ausweg einschlugen. Und dann erscheint jene andere Annahme durchaus nicht zu fernliegend. Sichere aktenmäßige und statistische Angaben dürfen wir allerdings hierfür noch weniger erwarten als für das Auftreten von Psychosen während der Tortur überhaupt.

Die Richterschaft jener Zeit war im übrigen nicht so barbarisch, als daß sie nicht versucht hätte, das Auftreten solcher unliebsamen Vorfälle durch prophylaktische Maßregeln zu verhüten. Wenigstens gab sie sich auf dem Papiere alle mögliche Mühe. Bei allen denen, bei welchen irgend ein Verdacht bestand, daß die Tortur durch ein solches Ereignis gestört werden könne, sollte das Erkenntnis schon vorher eine gewisse Einschränkung in der Tortur bestimmen. Schade nur, daß dieser Verdacht, vor der Tortur kaum jemals wach wurde. Und selbst die geringeren Grade der Folter waren auch für bescheidene Ansprüche schon recht genügend. Dabei waren die Anschauungen über die Zulässigkeit der verschiedenen Foltergrade durchaus verschieden, die Praxis schwankend und den labilen Inquisiten drohte in den verschiedenen Landesteilen nicht immer dasselbe Schicksal. Im großen und ganzen waren ja die Grade der Folter dieselben.¹⁾

Bei der Territion wurde der Inquisit dem Scharfrichter vorgestellt und durch diesen, als solle und wolle er ihn angreifen, jedoch unangegriffen befraget. Im ersten Grade legte man ihm die Daumschrauben an, oder zog ihm die Schnüre bis auf die Knochen, im zweiten wurde er „aufgezogen, ausgespannt und eine gute Weile hängend gelassen, auch giebt der Scharfrichter einen Zug, zwey, drey und klopft auf die Korden“. Ebenso konnte der Richter sich der spanischen Stiefel oder Beinschrauben bedienen. „Der dritte Grad ist, wenn man dem Inquisiten nebst dem vorigen Peinlichkeiten Gewichte an die Beine hänget oder auf der

¹⁾ Beck, *Praseis aurea* etc. S. 202.

Leiter ausspannet“. Oder man warf ihm angezündeten Schwefel und Pech auf den Leib, brannte ihm die Haare unter den Armen und „an heimlichen Orten“ ab und band ihm ein rundes mit Hufnägeln beschlagenes Holz — den gespickten Hasen — auf den Rücken, „und ist sonst auf andere Maß mehr mit ihm verfahren“. Dabei hatten sich die lokalen Machthaber meist noch ganz bestimmte Spezialitäten ausgedacht, wie das die Namen für einzelne besonders kräftige Tormente: das Bambergische und Mecklenburgische Instrument, der Mannheimer Bock, der Lüneburgische Stuhl, die Pommersche Mütze, das doppelte Spanische Fußband¹⁾ nicht undeutlich erkennen lassen. Erwähnt ist schon das tormentum insomniae,²⁾ bei welchem die Kranken unaufhörlich umhergetrieben wurden, bis sie schließlich wundte Füße hatten und zuletzt in einen Zustand vollkommener Verzweiflung und Tollheit gerieten. Das letztere Torment scheint allerdings wenigstens von einzelnen Juristen³⁾ für unzulässig erklärt worden zu sein, ebenso wie das Durchstechen der Nägel und andere Scheußlichkeiten.

Nun genügte allein die Größe des Verbrechers nicht, um die schwersten Grade der Folter auf den Unglücklichen heraufzubeschwören, auch der Verdacht sollte dementsprechend stark sein, und die Gesundheitszustände mußten es erlauben.⁴⁾

Aber selbst gesetzt den Fall, daß der Verdacht einer physischen Störung sich eingestellt hätte, und demgemäß die Folter „gemildert“ worden wäre, das, was ihm noch verblieb, genügte im besten Falle, um an seine geistige Widerstandsfähigkeit die größten Anforderungen zu stellen. Mochten auch nur die mildesten Grade verordnet sein, die Ausführung blieb immer in der Hand des Scharfrichters.

„Nun muß er zwar schwören,⁵⁾ daß er die Grenzen der zuerkannten Peinigung nicht überschreitet. Die Gesetze und Gewohnheiten bestimmen zwar die Grade der Peinigung, ihre Dauer, die

¹⁾ *Quistorp*, I. c. S. 315.

²⁾ *Soldan-Heppe*, I. c. S. 365.

³⁾ *Frölich de Frölichsburg*, I. c. S. 178.

⁴⁾ *Quistorp*, S. 336.

⁵⁾ *Meister*, I. c. S. 131.

dazu gehörigen Instrumente und ihren der Leibesgesundheit unschädlichen Gebrauch, aber sie geben keine Anleitung zu der besondern Anlegung derselben und zu den Handgriffen, welcher der Peiniger dabei zu beobachten hat. Es haben auch die Rechtsgelehrte davon keine hinlängliche Erkenntnis und dasjenige was einige in ihren Schriften von dieser Materie melden, besteht in mageren Brocken. Dem Peiniger können daher keine besonderen Grenzen vorgeschrieben werden, mithin kommt es hierbei auf das gewissenhafte Ermessen und die Kunsterfahrenheit des Scharfrichters an, zumal er auch die Verfertigung der Instrumente anordnet, damit sie zur Entdeckung der Wahrheit wirken, ohne die Leibesgesundheit des Inquisiten Schaden zu bringen¹⁾

Mochten auch selbst nur die leichtesten Instrumente zur Anwendung gelangen, gemeinsam war fast allen, daß sie, einmal vorschriftsmäßig angelegt, die Erkenntnis einer etwa eintretenden psychischen Veränderung nach Möglichkeit verhinderten. Ungestüme Bewegungen wurden dadurch ausgeschlossen, Verzerrungen des Gesichtes waren selbst bei den leichtesten Tormenten die Regel, und das, wodurch noch am ersten die Erkenntnis hätte kommen können, die sprachlichen Äußerungen wurden häufig unterdrückt: „Sollte ein Inquisit auf der Marter ein heftiges Geschrei machen, so pflegt man ihm die sogenannte Birn auf den Mund zu setzen, nachdem ihm vorher ein Zeichen angegeben worden, woran man seine Neigung zum Bekennen erkennen könne.“²⁾ Der Aktuar war zwar angewiesen, alle Lamenta, Worte und Geberden aufzuzeichnen, aber die Birne nahm ihm ein gutes Teil seiner Arbeit ab. Verfiel der Inquisit in einen Verwirrtheitszustand, dann kam er wohl kaum mehr in die Lage, das verabredete Zeichen zu geben und so nahm die Folter weiter ihren Gang. Es werden denn auch abgesehen von schweren Krämpfen und Bewußtseinsverlusten wahrscheinlich meistens nur stuporähnliche Zustände, die dem Auge der Justiz zugänglich wurden.

Suchte man durch die vorher getroffene Auswahl der Foltergrade eine allzustrenge Peinigung und gefahrvolle Veränderungen

¹⁾ *Meister*, l. c.

²⁾ *Quistorp*, l. c. S. 338.

des Gesamtorganismus zu verhüten, so gebrauchte man ganz dieselbe Vorschrift auch bei der Zeitdauer der Tortur.¹⁾

„Wie lange die Peinigung dauern sollte, war durch die Karolina nicht vorgesehen, sondern es bleibt dem Arbitrio eines vernünftigen und christlichen Richters überlassen, welcher auf die Qualität und Beschaffenheit der Personen zu sehen hatte. Insgemein sagen die Rechtsgelehrten, daß die Tortur über eine Stunde nicht dauern soll, wenn gleich der größte Grad wäre dictiert worden.“

Auch die ChurBraunschweig-Lüneburgsche Kriminalinstruktion verlangte in ihrem Paragraph 5 (S. 870), daß die Gerichte darauf zu sehen hätten, daß die Zeit der Tortur nach der Beschaffenheit der Person gemäßigt werde. Zu dem Zwecke wurde eine Sanduhr mit in die Marterkammer genommen und beim Beginn der Peinigung umgekehrt, doch so gesetzt, daß der Inquisit sie nicht zu Gesichte bekam, damit er nicht, wenn er sah, daß die Stunde abgelaufen war, sein Gemüt verhärtete.

Wiederum eine Maßregel die sehr human klingt und den armen zur Geisteskrankheit disponierenden Inquisiten in manchem Falle vor dem Ausbruche einer psychischen Störung hätte bewahren können. Leider ging auch hier die rauhe Praxis meist andere Wege wie die sanfte Theorie.

Und das hatte seine guten Gründe. Schwebt schon jetzt fast bei jeder forensischen Beurteilung das Gespenst der Simulation herum, so hatten unsere Altvorden eine noch viel lähmendere Angst, daß nur ja kein Missetäter über die Brücke der Täuschung zur Freiheit entwische. Das suchte man denn auf jede Weise zu vermeiden. Der liebevolle Eifer mancher Juristen, die Anwesenheit des Arztes bei der Tortur zu verlangen, entsprang nicht selten nur dem Wunsche, daß dieser etwaige Simulationsgelüste des Delinquenten zuschanden werden lasse.

So verlangt *Böhmer*²⁾ für die Exerzition der Folter die Gegenwart des Arztes, damit dieser aus den Symptomen, der Farbe des Blutes, dem Schaume, der Blässe des Blutes feststellen solle, ob der Inquisit simuliere oder nicht. Allerdings forderte er auch.

¹⁾ *Beck, Praxeis aurea* S. 190.

²⁾ *Böhmer, Observationes etc.* S. 71.

daß, wenn die Simulation ausgeschlossen worden sei, die Tortur sofort nachgelassen werden müsse, auch wenn der festgesetzte Grad der Marter nicht erreicht sei. Es müsse aber genau aufgezeichnet werden, bei welchem Grade die unliebsame Störung sich eingestellt habe.

„Im Falle nach eingezogenem Gutachten der Ärzte viele Vermutungen, daß die Wut, Melancholie oder der Unsinn nur zum Schein angenommen wären, vorliegen, so wird zuweilen zu dem Ende auf die Tortur erkannt, um zu erfahren, ob die Verrückung ihre Richtigkeit habe oder ob sie vielmehr Halsstarrigkeit und Bosheit zum Grunde habe“. Die Ärzte sollen auch über die Grade der Melancholie Auskunft geben, ob sie eingebildet oder schwereren Grades ist. „Denn nicht Tränen, Seufzer, Traurigkeit allein bestimmen die Melancholie, der die Folter nicht zukommt, wenn nicht ein über die Konstitution des Angeklagten genau unterrichteter Arzt sein Gutachten abgibt“.

Der Vorschlag *Quistorp*¹⁾ weist auf eine neue, ganz eigenartige Beziehung der Geisteskrankheit zur Folter hin. Nicht nur, daß Leute mit eigentümlichen Wesen, bei denen der Verdacht einer psychischen Störung die größte Vorsicht in der Anwendung der Folter ratsam hätte erscheinen lassen, ihr nicht entgingen, nein gerade ihr sonderbares Wesen — und wie geneigt mögen die Blutrichter jener Zeit gewesen sein, in solchen Fällen simulatorische Neigungen herauszulesen — brachte sie geradezu auf die Folterbank. Ob sie dann noch die Kraft hatten, die Eigenart ihres Wesens beizubehalten, das muß recht fraglich erscheinen. Sieht man doch selbst bei den schwersten Melancholikern und Verrückten, wenn sie in eine schmerzhaft körperliche Krankheit verfallen, daß ihre Krankheitsäußerungen zurücktreten, daß ihre Sinnestäuschungen vorübergehend keinen Einfluß auf ihr äußeres Verhalten ausüben, daß ihr abweisendes Wesen dahinschmilzt, daß sie sich der realen Welt wieder mehr zukehren und widerstandslos den Weisungen des sonst so verhaßten Arztes fügen. Der objektive Schmerz überwiegt eben den subjektiven, wenigstens in der Regel. Wie viel mehr wird auf der Folter in jener Zeit

¹⁾ *Quistorp*, l. c. S. 317.

das psychische Krankheitsbild, wenigstens so weit es sich nach außen hin projizierte, vom Schauplatze verdrängt worden sein. Und dann war natürlich der Beweis der Simulation erbracht:

„Bei den wahrhaft gründlichen Leiden unter der Tortur standhaft zu bleiben, war selbst dem Eigensinne mancher Geisteskranken unmöglich. Die Melancholischen sind unbegreiflich beharrlich in der Erduldung selbstgemachter Qualen, scheinen aber weniger Widerstandskraft zu haben, sobald dieselben ihnen von anderen zugefügt werden“ (*Kirchhoff* l. c.).

Mit besonderer Liebe beschäftigte sich *Frölich von Frölichsburg*¹⁾, obgleich er in anderer Beziehung dem Wesen der Geisteskrankheiten volle Gerechtigkeit widerfahren ließ, mit dieser Materie. Er hatte eine beträchtliche Angst vor etwaiger Simulation.

„Damit aber Niemand mittelst erdichteten Aberwitz, höchster Traurig- und Kleinmütigkeit der Tortur entfliehe, so soll ein Richter in zweifelhaften Fall einen berühmten Medikum konsultieren und selbigen befragen, ob es wohl eine wahre Aberwitzigkeit oder Kleinmütigkeit seye. Diese Erkundigung soll mit allen Umständen dem Prozeß und Aktis einverleibt werden, damit man hieraus das weitere wegen der Tortur urteilen können“.

„Den Zeichen, daß ein Inquisit ohnmächtig werde (Erbleichung, übermäßiger Schweiß, schaumender Mund und verlorene Rede) soll eine Obrigkeit nicht zu leicht glauben, auf welches schlimme Leute genugsam abgerichtet, um die Tortur andurch von ihnen zu bringen, herentgegen auch nicht gar unglaublich seyn und obiges Zeichen ungeachtet mit der Tortur fortfahren, sondern den Konstituten, wann Zweifel und Gefahr vorhanden, herabnehmen lassen. Da aber der Konstitut sich einer Schwachheit und ohnmacht fälschlich anrechnete, nichts redete oder sich schlaffend stellte, solle man fein laut denen Gerichtsdienern zusprechen, den Strick erschüttern, Schwefel, Rauch, Papier oder Hader anzünden. selbige in die Nasen des Konstituti rauchen lassen, um zu sehen, ob wohl eine wahre Ohnmacht vorhanden sei oder nicht. Wie dann hierdurch die angenommene und erdichtete Schwachheit bald vertrieben und der Redlose oft redend gemacht wird“.

¹⁾ *Frölich v. Frölichsburg*, l. c. S. C., S. 178 u. 208.

Bestände Konstitut diese Proben, dann sei es löblich und ratsamer, ihn der Tortur zu entlassen, jedoch unter Vorbehalt der Wiederholung. Man setzte ihn dann auf einen Stuhl, spritzte ihn mit Rosenessig und strich ihn mit Balsam an. *Frölich* meinte, es sei in solchen Fällen ratsamer, bei der Wiederholung der Tortur, — denn der zweiten Tortur entging der Konstitutus doch nicht — einen „Barbier“ oder Medikus zuzuziehen. „Oder man kann zu mehrerer Versicherung einen Artzney-erfahrenen beyziehen und selbigen auftragen, daß er den Konstituten am Leibe fleißig besichtige und mittelst eydtlicher Redaktion sage, was ihm gedächte und dieses ist dargestalten ad Protocollum zu nehmen“.

Die liebevolle Weise, mit welcher man gegen die Bewußtseinsverluste vorging, läßt zur Genüge erkennen, wie man es versucht haben wird, auch denen, welche an einer wirklichen Psychose laborierten, die Simulationsgelüste auszutreiben.

War man schon an und für sich geneigt, Täuschung zu wittern, so stieg diese Neigung auf den Gipfelpunkt, wenn Hexerei der Gegenstand der inquisitorischen Betrachtung war —, also gerade da, wo eine psychiatrische Auffassung am dringendsten am Platze gewesen wäre. Denn man mag über das Hereinspielen der Geisteskrankheiten in die ganze Hexenbewegung denken, wie man will, man mag sich noch so sehr hüten, den Bogen dabei zu überspannen, die eine Tatsache steht unumstößlich fest, daß die Geisteskranken jener Zeit, und zwar solche der verschiedensten Art, bei weitem mehr Chancen hatten wie andere Leute, in den Strudel der Hexenverfolgung zu geraten und dabei gnadenlos in die Folterkammer getrieben zu werden. Fanden aber schon bei andern Folterkandidaten die Erleichterungen, die eine wohlwollende Theorie in der trauten Stille des Studierrgemaches ausgedacht hatte, vor den Augen der Richter und des Henkers keine Gnade, so war für die geisteskranken Hexen erst recht kein Erbarmen zu finden. Sie kosteten den Marterkelch bis zur Neige.

Die Hexe in Ancum¹⁾, welche zweifellos auf der Folter in

¹⁾ *G. E. v. Railing*, Auszüge einiger merkwürdiger Hexenprozesse aus der Mitte des 17. Jahrhunderts im Fürstentume Calenberg geführt. Göttingen 1786. S. 16.

einen Verwirrtheitszustand verfiel, hatte diesem, der als Beweis für ihre Zauberei angesehen wurde, nur einen neuen Martertermin unter Verschärfung der peinlichen Frage zu verdanken.

Als Christian Coë¹⁾, welcher der Zauberei verdächtig war, im Kerker von Wahnsinn befallen wurde, erkannten die Räte in Münster deshalb auf die Folter.

Eine Hexe aus Betziesdorf,²⁾ die während der Folter in Starrkrampf verfiel und wie ein Hund brüllte, wurde viermal aufgezogen und die Schnüre 16 Mal so fest angezogen, wie es nur möglich war.

Daran, daß eine Frau im Hospitale zu Amsterdam in Halluzinationen verfiel, glaubte man zu erkennen, daß sie eine Hexe sei, schleppte sie auf die Folter und erpreßte ihr das Geständnis.³⁾

Nicht einmal die offen zutage liegenden Symptome der vulgärsten aller Geisteskrankheiten, der Paranoia, vermochten den Mann in Königsberg⁴⁾, der sich für den Herrgott ausgab, vor der Folter zu schützen, ihn wurde sogar eine scheußliche Verschärfung der Strafe, das Herausreißen der Zunge mit glühenden Zangen, zu Theil.

Daß da den krampfkranken Hexen kein besseres Geschick erblühte, darf nicht wunder nehmen. Wider die sonstigen Gefplogenheiten wurde 1674 in Tambach eine Hexe, die auf der Folter in Krämpfe verfallen war, schon eine Stunde nachher nach treuffleißiger Ermahnung wieder ordentlich vorgenommen. Erst als sie sofort von neuem in Konvulsionen verfiel, bis Kopf und alles schlackerte, ließ man von weiteren Martern ab.⁵⁾

Ja die Krämpfe galten dem Scharfrichter sogar im Notfalle als prägnantes Symptom der Hexerei, so 1660 in Freiburg, wo auf diese Angabe sogar eine neue Untersuchung eingeleitet wurde.⁶⁾

Die große Mehrzahl der Hexen, bei welchen fraglos eine Geistesstörung zugrunde lag, bekannten auf der Folter ihre

1) *Soldan-Heppe*, Geschichte der Hexenprozesse. Stuttgart 1880. B. II S. 72.

2) *Soldan-Heppe*, l. c. S. 112.

3) *Soldan-Heppe*, l. c. B. I S. 512.

4) *Arnold*, Kirchen und Ketzehistorie. III. Teil. S. 368.

5) *Hitzi's Annalen* Band. XXVI S. 76.

6) *Schreiber*, Die Hexenprozesse im Breisgau. S. 22.

Zugehörigkeit zum Teufel und ihre Fähigkeit zum Zaubern, so die bekannte Käserin¹⁾, die, wie sogar von *Soldan* zugegeben wird, wohl an Schwermut gelitten haben mag. Ihr Mann erklärte wenigstens zu Protokoll, seine Frau sei seit 7 Jahren nie recht fröhlich gewesen, habe zu keiner Mahlzeit und Fröhlichkeit gehen mögen, habe immer gebetet, gefastet und geweint, alle 14 Tage oder längstens alle 4 Wochen gebeichtet und kommuniziert und dann gewöhnlich einen halben Tag in der Kirche zugebracht. Auf sie hatten 1620 12 Hexen bekannt und waren auf sie gestorben. 1629 wurde sie verhaftet und nach Neuburg gebracht. Sie leugnete auch noch bei den Daumschrauben, später gestand sie aber, nachdem sie durch fortgesetzte Folterungen in der gräßlichsten Weise gepeinigt worden war.

*Franciskus Mirandula*²⁾ erzählt, daß ein Priester, namens *Benedictus Beena* 40 Jahre lang mit einem Dämon in Weibsgestalt verkehrte. Er nannte ihn Hermelina und sprach oft auf offener Straße mit ihm. Die Leute glaubten zum größten Teile, daß er im Aberwitz ginge. Er geriet in Untersuchung, bekannte auf der Folter, daß er den Hexen Beistand geleistet, Kindern Blut ausgesaugt habe und dergl. und empfing darumb sein Straf, so er verdienet.

Besonders tragisch klingt die Geschichte einer Hysterika³⁾, die auch vom Standpunkte der juristischen Beurteilung äußerst lehrreich und lesenswert erscheint, zumal sich der Chronist auch sehr verständig über die ganze Hexenfrage ausspricht. Schon immer hatte sie als ein melancholisches Temperament gegolten und war mit der fallenden Sucht beschweret. Auffälliges Benehmen bei der inkriminierten Tat, Suizidalneigung, imperatorische Halluzinationen, Zwangsvorstellungen, Dämmerzustände, Gefühlsverluste — Symptome genug, um auch vor der Folter die psychische Störung an den Tag zu bringen. Umsonst, ihr ward die Folter zu Teil und daß ihr der Flammentod zudiktirt wurde, braucht

¹⁾ *Baader*, Anzeiger des Germanischen Museums. 1876. Band 23. S. 259.

²⁾ *Weier*, De praestigiis daemonum. Deutsch von *Fuglin*. Frankfurt 1586. S. 221.

³⁾ *Eisenhart*, Erzählungen etc. 1767. Die Geschichte einer jungen Weibsperson. so der Hexerey beschuldigt und zum Feuer verdammt worden. S. 551.

wohl kaum gesagt zu werden. Ähnliche Beispiele könnten zu Dutzenden beigebracht werden.^{1) 2) 3)}

Wenn die Geisteskranken und -schwachen, soweit sie von ihren abergläubischen Zeitgenossen in den Mantel des Hexentums gehüllt wurden, nicht die Privilegien der Folterfreiheit auskosten durften, so liegt das ja zweifellos für eine ganze Reihe von Fällen einfach davon, daß sich jene Bewegung vor der Einführung der Karolina, oder doch vor ihrer milderer Auslegung durch humane Kommentatoren abspielte. Aber auch für die spätere Zeit nahmen die Hexen im wesentlichen die gleiche Ausnahmestellung ein. Die Hexerei war ein *crimen nefandum* und zwar ein solches allerschlimmster Art. Und als *crimen exceptum* fielen für sie alle die Vergünstigungen fort, welche die Geisteskranken wenigstens theoretisch für sich in Anspruch nehmen durften. „Die schweren Foltermittel wurden gegen die Hexen angewandt, denn mit diesen Verbrechern nahm man es nicht so genau, die konnten auch über das sonst zulässige Maß hinaus torquiert werden.“

Auch der alte *Bodinus*⁴⁾ war energisch dafür, daß bei diesen schändlichen, furchtbaren und abscheulichen Verbrechen, bei welchem die Beibringung von Beweisen so schwer sei und so verborgene Untaten begangen würden, daß unter 1000 kaum einer, wie er es verdiene, gerichtet werden könne, gar nicht nötig sei, ängstlich und mit Gewissenhaftigkeit an den Regeln des Prozesses zu hängen.

So verfielen denn zunächst alle jene Altersklassen, die sonst durch ihre körperliche und geistige Eigenart der Folter entzogen worden waren, ihr gnadenlos. Mädchen von 8, 10 und 12 Jahren gestanden auf der Folter, daß sie infolge teuflischen Beischlafs mehrmals geboren hätten.⁵⁾ Alte Männer und Frauen von 70, 80 und 90 Jahren mußten, ohne Erbarmen zu finden, in die Folterkammer, nicht einmal eine Milderung wurde ihnen konzidiert.

1) *Quanter*, I. c. S. 276.

2) *Fröhlich v. Frölichsburg*, I. c. S. 210.

3) *Soldan-Heppe*, I. c. Bd. II, S. 399.

4) *Wächter*, Beiträge zur deutschen Geschichte und besonders zur Geschichte des deutschen Strafrechts. Tübingen 1845, S. 298.

5) *Wächter*, I. c. S. 303.

berichtet doch *Lamberg*,¹⁾ daß eine Frau von 85 Jahren alle Grade der Folterung aushielt und daß die alte Puntßin noch mit 95 Jahren durch Peitschenhiebe, Daumstock und Beinschrauben nicht zum Geständnis gebracht werden konnte.

Den Graden der Tortur wurde kein bestimmtes unüberschreitbares Ziel vor dem Beginne derselben festgesetzt, ohne Hinzusetzung eines Arztes wurde so lange fort gefoltert²⁾ bis die Hexe gestanden hatte oder in Ohnmacht gefallen war.

Die Tortur durfte auch ruhig dreimal und noch öfter wiederholt werden.³⁾ weil bei solchen Verbrechen wegen ihrer Enormität schwerere Mittel zur Erfindung der Wahrheit anzuwenden seien. Bei der Hexerei seien auch härtere Arten der Tortur anzuwenden, als es gewöhnlich für erlaubt gelte.

Und ähnlich wurde es mit den Verdachtsgründen gehalten. die ja vor Eröffnung des Verfahrens in hinreichendem Maße vorliegen mußten.⁴⁾ Anstatt den Vorschriften der peinlichen Gerichtsordnung gemäß niemand auf die bloße Anklage eines Zauberers oder Wahrsagers zu verhaften oder zu foltern, anstatt Rücksicht darauf zu nehmen, ob durch die vorgebliche Zauberei ein Schade gestiftet sei oder nicht, verfuhr man auf die leichtsinnige oder boshafte Anklage oder falschen Verdacht gemeiner oder abergläubiger Menschen, ergriff schwache und betörte Weiber und übergab sie grausamen Peinigern, die sie mit 1000fachen raffinierten Martern zum Bekenntnisse alles dessen brachten, was man nur von ihnen verlangte.

„Die Zauberey ist eine der erschrecklichsten Missethaten, und wird billig unter die delicta excepta gerechnet, sonderlich unter diejenigen, so einer schweren Beweisung seynd. Zur Inquisition als zur Tortur seynd nur geringere Anzeigungen erforderlich. (*Fröhlich v. Fröhlichsburg* l. c.)

Gerade hierin lag wohl der Schwerpunkt der ganzen Frage. Alle die Symptome, welche die Umgebung in jener Zeit hätten

¹⁾ *Lamberg*, Kriminalverfahren vorzüglich bei Hexenprozessen im ehemaligen Bistum Bamberg. Nürnberg 1835, S. 18.

²⁾ *Wächter*, l. c.

³⁾ *Lamberg*, S. 10.

⁴⁾ *Henke*, l. c. S. 603.

erkennen lassen können, daß ihre Träger sich nicht im psychischen Gleichgewichte befanden, wurden von den Hexenspürern als Beweise für die Zauberei aufgefaßt. „Man fand das Laster der Hexerei konstatiert, wenn er etwas Auffallendes in seinem Benehmen vor der Folter zeigte.¹⁾

„Anzeichen für Hexerey sind, wenn Jemand andere Leute nicht redlich anschauen kann.“²⁾

Und dergleichen Deutung verfiel natürlich auch ihr Verhalten auf der Folter selbst. Dafür zum Beweise genügt die Schilderung *Fröhlichs*:³⁾ „Den Tausendkünstler ist es nicht zu viel, durch gewisse, auch natürliche Mittel den Leib unempfindlich zu machen . . . , ja er kann den Constituten dergestalten entfärben, aufbäumen und entstellen, daß man vermeynet, der Constitut sterbe. Angesichts hiervon aber der Richter sammt seinen Beygezogenen erachten und vermerken kann, daß die Sache nicht recht hergehe, indem der Constitut die Marter gleichsam verlachtet oder zu schlaffen anfänget oder übernatürlich sich aufbäumt oder welche Wörter heimlich brummelt.“

Die Bewußtseinsverluste — die schweren Krämpfe, das Vorsichhinsprechen, wie wir es ja so häufig bei Halluzinanten finden, die sich mit ihren Stimmen unterhalten — waren nur Mittel, um die Lage der unglücklichen Kranken zu verschlimmern. Schon die Aussagen, welche von den Hexen abgegeben wurden, klingen fast ausnahmslos so wunderlich, daß der Gedanke nicht so ganz fernliegt, daß sie halluzinierte und auf dem Boden der chronischen Verrücktheit entsprossene Ideen zu Protokoll gaben. „Was bedürfen wir weiteren Zeugnisses, daß jene Menschen verrückt im Kopf, unsinnig und rasend waren. Das Lachen über alle diese Tollheiten verwandelt sich aber bei ernster Betrachtung in theilnehmenden Schmerz und heilige Entrüstung, wenn man bedenkt, daß alle diese Aussagen auf der Folterbank geschehen.“⁴⁾ Nun unterliegt es ja keinem Zweifel, daß die weitaus große Mehrzahl

¹⁾ *Soldan*, I. c. II, S. 399.

²⁾ *Fröhlich v. Fröhlingsburg*, I. c.

³⁾ *Fröhlich v. Fröhlingsburg*, I. c. S. 210.

⁴⁾ *Horst*, Zauberbibliothek. Mainz 1821. Dritter Teil, S. 374.

dieser grotesken und barocken Äußerungen von den Blutrictern in die Delinquenten hereingefragt wurde. Aber ebenso sicher ist es, daß die Paranoiker jener Zeit nicht verfehlt haben werden, auch die abergläubischen Anschauungen, die damals ging und gäbe waren, in ihre Wahnsysteme hereinzutragen. Wenn diese dann auf der Folter preisgegeben wurden, dann war ja ihr Schicksal ohne weiteres besiegelt.

Die Mitwirkung des Bösen bei der Folter suchte man natürlich von vornherein durch alle Mittel zu brechen. Man ließ ihm geistliche Zusprache zukommen, man zog „die ganzen Personen mutternackend aus und versah sie mit neuen Gewändern, damit alle teuflischen Charaktere und Sprüche verschwänden, man ließ alle Haare, auch in heimlichen Orten abscheeren, um etwa vorhandene Zaubermittel zu entfernen, etwaige Salben wurden aus demselben Grunde abgewaschen, man regelte ihre Diät, Katholische wurden mit Weihwasser und mit Tropfen von geweihten Kerzen besprengt, alte erfahrene Henkersknechte gaben ihren Opfern geheimnisvolle Tränke und Suppen ein, man suchte zu verhindern, daß sie ihre Worte murmeln konnten. Da aber das psychische Krankheitsbild, wofern ein solches vorhanden war, sich kaum geneigt gezeigt haben wird, sich durch diese geheimnisvollen Gegenmittel aus dem Felde schlagen zu lassen, so wurde die Tortur meistens wieder mit frischen Kräften aufgenommen und die Krankheitssymptome, weit entfernt davon, das Los der Kranken zu lindern, brachten ihnen nur eine Verschärfung der Qualen ein.“

Das Krankheitszeichen, welches die Situation der Unglücklichen am meisten verschlimmerte, war das sogenannte Stigma. Man suchte vor und während der Folter nach einer Stelle am Körper, wo beim Einstechen kein Schmerzgefühl empfunden wurde und kein Blut austrat. Hatte man eine solche Stelle gefunden, so war der klare Beweis für das Hexentum erbracht. Da nun bei den Hysterischen, die ja schon so wie so infolge ihres ganzen Wesens nicht wenig Gefahr liefen, der Hexenverfolgung und damit der Folter zu verfallen, derartige anästhetische und analgische Hautpartien ein ziemlich regelmäßiges Sympton der Krankheit darstellen, so wurden sie durch ihre Krankheit auf der Folterbank wieder nicht gefördert, sondern geschädigt.

A priori ließe sich ja annehmen, daß eine totale Anästhesie und Analgesie, wie sie sich bei Hysterischen — allerdings nur in ziemlich vereinzeltten Fällen nachweisen läßt, ihnen die schwere Stunde der Tortur hätte erleichtern müssen. Aber es erscheint doch sehr zweifelhaft, ob die Aufhebung des Schmerzgefühls so tiefgehend war, um auch die enormen Zerrungen, denen die Gelenke und inneren Organe ausgesetzt waren, dem betreffenden „Konstituten“ nicht zum Bewußtsein kommen zu lassen. Und wenn er wirklich eine größere Widerstandskraft zeigte, dann war natürlich der Verdacht wieder rege, der Betreffende stehe in Pakte mit dem Teufel, der ihn unempfindlich gemacht habe, um ihn über die Folter fortzubringen.

War es ja sogar für manche Folterrichter schon ein neues Indizium, wenn der Gefolterte keine Tränen hatte vergießen können.¹⁾

Ja, das Nichtgeständnis galt sogar manchmal an und für sich als Indizium der Hexerei. So berichtet *Carpzow*²⁾ von einer Inquisitin, die trotz zweimaliger Torquierung kein Geständnis abgelegt hatte. Über sie wurde das Urteil gefällt: „Sie wird aber gleichwohl gestallten Sachen nach über die zum zweiten Male erlittene Tortur, weil gleichwohl vermuthlichen, daß es ihr, der Vettel vom Teufel, muß angethan seyn worden, daß durch die Pein und Marter von ihr nunmehr zum anderen Male Nichts hat gebracht werden können und damit man ihr aus diesen Banden los werde und die Leute zu befahren, des Landes ewig billig verwiesen.“

Erblickten die Richter in dem Schweigen des Angeklagten das Crimen taciturnitatis, dann wurde wieder das ganze Heer der Gegenmittel gegen ihn loslassen: man blies den Rauch von geweihten Kräutern gegen ihn, hielt die Zeit der Tortur geheim, damit der Teufel nicht dazu kommen könne, besprengte ihn mit geweihtem Wasser, ließ ihn durch die Geistlichen mit Exorzismen bombardieren. Und dann folterte man lustig weiter.

Mit dem Stigma wurde erklärlicherweise manchmal ein ganz erheblicher Unfug getrieben. obgleich schon *Spee*, der Autor der

¹⁾ *Wächter*, I. c. S. 299.

²⁾ *Carpzow*, I. c. Quaest. CXXV Nr. 79.

*Cautio criminalis*¹⁾ alle möglichen Anweisungen gegeben hatte, um einen Mißbrauch nach dieser Richtung hin zu vermeiden. Aber schon die Methode, auf der Folter dieses Stigma zu suchen, mußte von vornherein jedes objektive Resultat vereiteln. Ist es schon nur zu oft auch in harmloseren Situationen, als es die Tortur war, mit den größten Schwierigkeiten verbunden, eine genaue Sensibilitätsprüfung vorzunehmen, so ist es bei den schweren Eingriffen, welche bei der Folter auf das Nervensystem und die Psyche der Verurteilten einstürzten, kein Wunder, daß kein richtiges Endergebnis herbeigeführt werden konnte. Die Hauptgefahr aber war natürlich, daß die Examinatoren, welche diese schwierige Aufgabe zu erfüllen hatten, alles andere als objektive Beobachter waren.

In Frankreich und der Schweiz²⁾ wurde die Untersuchung gewöhnlich von Chirurgen vorgenommen, in Deutschland durch den Scharfrichter im Beisein der Schöffen, in Belgien, wo zwischen dem Büttel und den Ärzten oft Meinungsverschiedenheiten vorkamen, bestimmte eine Verordnung von 1660, daß der erstere nicht mehr zuzulassen sei, sondern nur „neutrale en insuspecte dorteurs.“

Ob die letzteren immer dieser schwierigen Aufgabe gewachsen waren, mag dahingestellt bleiben. Daß die gewonnenen Resultate alles andere als einwandsfrei waren, das wußte man auch damals nur zu gut. Wie skeptisch spricht sich nicht der treffliche Prediger von St. Marien in Osnabrück über diese Frage aus.³⁾

„Endlich wird fürgewendet das Stigma oder Merckmahl, so die Hexen sollen am Leibe tragen. Die Weiber, so die also vom Teufel seyn gezeichnet, können nicht zu Grund gehen (bei der Wasserprobe). Die wasser prob machte sie offenbar und nach dem Bade finde man ihnen diß Stigma, das ist ein Ort im Fleische, darinn weder Fülen noch Blut sol vorhanden seyn, wenn man mit einer Nadel hineinsticht. Allhier wolle der gütige Leser mercken, daß daß Merckmahl den Comissariis nur ein Behelff ist.

¹⁾ *Grona, Cautio criminalis sen de Processibus contra sagas*. Sulzbach 1695, S. 298.

²⁾ *Soldan-Heppe*, l. c. Bd. II S. 338.

³⁾ *Grave*, l. c. S. 145.

Denn ist das Baden keine richtige Probe wie sie es meinen. warum legen denn die Richter so großen Fleiß an bey Erkundigung dieses Merckmahls? Helff, was helfen kann, wil das Baden nicht helfen, so helff das Stigma oder eines komm dem anderen zu Hülff. Der Autor cautionis criminalis gibt wenig auf Characteren. Aber er gibt den inquisitoribus viel zu bedenken, so diß Zeichen an den inhaftirten durch den Büttel lassen suchen, das will ich erstlich dem Gewissen zurathen andeuten und anzeigen 1. Sol man den Schergen nicht zu viel trauen, welche auff ihren Nutzen sind abgerichtet, viel Bulen und Schälcke findet man darunter. auch wohl gar Zauberer. 2. Daß man nicht flugs für ein Merckmahl des Teufels halte, wenn man eine Narbe, Fleck und Mahl am menschlichen Körper findet, so kein Fülen in sich hett. umb gewisser Ursach willen wie schwammig Fleisch und deme gleich. 3. Daß man diß Stigma nicht suche, wenn der Beklagte außgesponnen in der Folter hanget und die Angst am größten ist. denn die Erfahrung bezeuget, daß alß dann das Geblüt ethlich Theil des Menschen Körpers verläßt oder nicht fort wil, weil der Mensch erschrickt, wie es es dann oft bestehen bleibt beim Aderlassen. 4. Daß man hierüber der Medikorum Meinung höre und nicht veracht. 5. Daß ein fleissiger Mann zugegen sey, der genau auff die Hand des Büttels Achtung gebe: Denn so er wird fleißig Aufsicht haben, wird er den Betrug finden und diß merke für allen Dingen. 6. Daß der Büttel nicht möge töten das Fleisch am Leibe, darinn er die Nadel will stechen, daß ers auch nicht nur ein wenig mit der Nadel berühre, wie nemlich ein Schalck thäte, der stellte sich, als steche er hinein und thäte es doch nicht, ungeachtet er rieff, er hätte das Stigma funden. War demnach kein Wunder, daß der Stich war ohn Blut und Fülen. 7. Daß der Bödel nicht gebrauche betriegliche Nadeln als zum Exempel beschworne zauberische Nadeln oder also zugerichtet, daß sie in die Haut dringen und verwunden, wenn er will, dagegen wann er nicht wil und das Ansehen haben, als gingen sie hinein, da sie doch hinter sich weichen, wie es mit den Messern der Gaukler beschaffen ist. 8. Daß man gewisse sey, der Böttel könne die Kunst nicht, das Blut zu beschweren und zu stillen, wie ich annehme, daß es etliche Beschwerer kennen“

Die Fehlerquellen und Kunstfehler, die bei dieser knifflichen Untersuchungsmethode mit unterlaufen mußten, sind in diesen Darlegungen so ausgiebig dargestellt, daß jede weitere Ausführung überflüssig erscheint. Und dabei ist zu bedenken, daß, wenn man wirklich eine solche Stelle fand, es gerade die Kranken waren, die dadurch zu Hexen gestempelt wurden.

Im übrigen mag für einzelne Fälle immerhin die Herabsetzung der Gefühlstätigkeit in Verbindung mit der psychischen Analgesie von Nutzen gewesen sein. War es ihm nämlich dank seiner Widerstandsfähigkeit möglich geworden, die Schrecknisse der Folter zu überstehen, dann kam er straffrei davon.

„Wann ein Inquisit den ihm zuerkannten Grad der Tortur aus stehet und nicht bekennet, so werden dadurch alle und jede Indicia, welche ihn graviret, gänzlich aufgehoben und der Inquisit nach vorhero geschworener Urphed definitive absolviret.“¹⁾

Und damit kam er noch bedeutend besser davon, als wenn er wegen seiner Geisteskrankheit von Folter und Strafe dispensiert worden wäre. Denn auch die Behörden jener Zeit ließen die geisteskranken Verbrecher nicht gerne frei und ledig im Lande herumlaufen, man sorgte für seine eigene Sicherheit und so man dem Übeltäter mit der Schärfe des Gesetzes nicht beikommen konnte, setzte man ihn gewöhnlich in einem Gefängnisse oder später im Zuchthause fest, und zwar dann auch meist für Zeit seines Lebens. Und die Gefängnisse jener Zeit standen in demselben Verhältnisse zu unsern heutigen Irrenanstalten, wie die Folter zu der Voruntersuchung und der geschätzten Anstaltsbeobachtung unseres Jahrhunderts. Gar mancher mag wohl mit der kurzen kondensierten Pein der Folter besser fortgekommen sein, als mit der chronischen Folterung in den scheußlichen Verließen des Mittelalters. Ebenso kam dem Delinquenten die Herabsetzung seiner Gefühlstätigkeit in gewisser Weise bei den Ordalien zugute. In juristischer Beziehung stehen sie ja auf einem ganz anderen Blatte geschrieben, aber der praktische Endeffekt war doch gerade wie bei der Folter der, daß den Angeklagten durch manche dieser Proben ein gräulicher Schmerz zugefügt wurde. Man denke nur

¹⁾ Beck, l. c. S. 470.

an das Tauchen der Hände in kochendes Wasser, das Tragen von glühenden Eisenstücken, das Gehen über glühendes Eisen.

Dabei mag eine etwaige Analgesie ein ganz praktisches Unterstützungsmittel gewesen sein.

War die Folter übertrieben worden — und das mochte bei manchen Kranken eine Folge seines psychischen Verhaltens sein, -- dann trat eine Verminderung der Strafe ein.¹⁾ Damit sind aber auch die kümmerlichen Vorzüge der Folter für die Geisteskranken, die auch sicherlich mehr auf der Theorie als auf praktischer Handhabung beruhen, erschöpft.

Wie schließlich noch durch das Ausbrechen einer Psychose während der Folter der Inquisit auf das schwerste geschädigt werden kann, das beweist der folgende eigenartige Fall, der zugleich auf die Gepflogenheiten mancher Juristen des Mittelalters, nach dem Buchstaben und nicht nach dem Geiste der Gesetze zu richten, ein grelles Licht wirft.²⁾

Eine bis dahin völlig gesunde Frau, welche in dem dringenden Verdachte eines Giftmordes stand, war von der Fakultät zu Göttingen zur Folter verurteilt worden. Schon beim Anlegen der Schnüre wurde sie mit Ohnmachten befallen. Die Zeit der Folter war bis auf wenige Minuten abgelaufen, sie war standhaft beim Leugnen geblieben. Beim Fortsetzen der Peinigung waren schließlich deliria und endlich heftige Convulsiones erfolgt, unter deren beständigen Anhalten und bei fortwährenden Phantasieren die Inquisitin mit Aussetzung der Beinstöcke von den Gerichtsdienern wieder in ihren Arrest zurückgetragen hat werden müssen, woselbst sie der vom Landchirurgo gebrauchten Arzneyen und Salben ungeachtet noch etwa 6 Stunden ohne Verstand gelegen, auch die Convulsionen Tag und Nacht abgewechselt, bis dieselbe endlich nach 5 Tagen bey dem beständigen Gebrauche der Arzneyen wieder hergestellt worden.

Die Fakultät, die von neuem um ihr Urteil ersucht wurde.

¹⁾ Klein, l. c. S. 142.

²⁾ Meister, Rechtliche Erkenntnisse und Gutachten in peinlichen Fällen. Göttingen und Kiel 1771.

hob in ihrem Erkenntniss hervor, daß die sonst gesunde Person auf der Folter krank geworden sei. Ohnmachten und Convulsionen könnten um so weniger an der Vollziehung der scharfen Frage hindern, als selbst die mit dem Fraisch (Epilepsie) behafteten und andere dergleichen ungesunde Personen nicht gänzlich von der Tortur befreit seien, sondern in Ansehung ihrer nur gewisse Mäßigungen dabey genössen. Eigentlich hätte vor der Erteilung eines rechtlichen Erkenntnisses mit den Ärzten Rats gepflogen werden müssen, hätte man den mißlichen Gesundheitszustand vorhersehen können, so wäre ja die Peinigung dadurch beeinflußt worden. Bei der so zuverlässigen Probe von der Inquisitin Unfähigkeit zur Erledigung der scharfen Frage bedürfe es keines medizinischen Gutachtens, daß wider die Fortsetzung der Peinigung zu erkennen sei. Manche Rechtsgelehrte seien auch der Meinung, daß bei eintretenden Ohnmachten und anderen Zufällen die Folter als überstanden zu betrachten sei, wenn sich der Richter nicht die Fortsetzung ausdrücklich vorbehalte. In diesem Falle gelte die Folter aber nicht, weil die Beinstiefel, das wirksamste Stück, wegen der Krankheit nicht hätten angelegt werden können. Auch habe die Inquisitin einige Zeit sinnlos und ohne Empfindung unter dem Foltern zugebracht, ehe dieser Zustand von dem Gerichtshofe habe bemerkt werden können, sie sei also während dieser Zeit außerstande gewesen, zielbewußt zu leugnen. Mit Rücksicht auf die Größe der Indizien wurde sie zu einer Gefängnisstrafe von 15 Jahren verurteilt.

Bemerkenswert ist in diesem Falle die Tatsache, daß die Inquisitin trotz der Ohnmachten und der tiefen Bewußtseinslosigkeit kräftig weiter gefoltert wurde und daß der hohe Gerichtshof überhaupt gar nicht in der Lage war, von diesem Zustande Kenntnis zu nehmen. Nur eine kurze Spanne trennte sie noch von der Erlösung von den Qualen, zweifellos wäre sie nach der ganzen Vorgeschichte bei ihrem Leugnen geblieben und hätte sich damit nach dem oben angeführten Paragraphen die Straffreiheit erkämpft. Aber die interkurrierende Geisteskrankheit verschloß ihr diese Möglichkeit, sie verhinderte sie sogar, durch eine erneute peinliche Probe sich eine Amnestie zu sichern, infolge ihrer Psychose mußte sie ins Gefängnis wandern.

Das letzte Schicksal mag auch noch manchen anderen Geisteskranken geblüht haben, die sich infolge ihrer körperlichen und geistigen Analgesie durch die Schrecknisse der Folter hatten durchwinden können. *Quistorp*¹⁾ erkannte zwar ausdrücklich an, daß, wenn ein Inquisit die angeschuldigte Tat auf der Folter abgeleugnet habe und derselben nicht überführt werden könne, er völlig freizusprechen und in den Besitz seiner gerichtlich sequestrierten Güter und aller bürgerlichen Rechte wieder einzusetzen sei. Er fügte aber ebenso ausdrücklich hinzu, daß, wenn gewichtige Anzeigen gegen ihn vorlägen, sein bisheriger Lebenswandel und seine Frechheit bei der Untersuchung vermuten ließen, daß er seine Freiheit mißbrauchen und mehrere Übel stiften werde, er nicht entlassen, sondern zu mäßiger Arbeit angehalten werden solle, bis er untrügliche Zeichen der Besserung gegeben habe. — Bei dem Mangel einer Zucht- und Arbeitsanstalt solle er nach geschworener Urphede des Landes verwiesen werden.

Daß manche Geistesranke, vor allem manche chronische Verrückte und Hysterische, welche bei ihrer ganzen psychischen Veranlagung bei der Untersuchung und Folter auf die zartbesaiteten Gemüther der Richter nicht die gebührende Rücksicht nahmen, diesen Weg gegangen sein mögen, ist zwar nicht aktenkundig, erscheint aber nicht eben unwahrscheinlich.

Erst im weiteren Verlaufe der Jahrhunderte kamen auch die Hexen — soweit die Folter in Frage kam, — zu ihrem Rechte.²⁾ Als eine Frau am Ende des 17. Jahrhunderts in dem württembergischen Orte Derzisau von einem fremden Bettelweibe der Bezauberung ihres Kindes angeklagt worden war, wurde wegen ihres Leugnens die juristische Fakultät zu Straßburg um ihr Gutachten angegangen, welche erklärte: „Es wäre gut, wenn man die Leute belehrte, daß nicht jede Krankheit ein Werk des Teufels sei. Ganz ungereimt auch sei es, daß der Pöbel sie darum für eine Hexe halte, weil sie in der Kirche beim Beten nicht wie andere Leute die Lippen bewege. Überdies erfreue sie sich eines

¹⁾ *Quistorp*, I. c. S. 351, 352.

²⁾ *Soldau-Heppe*, I. c. Bd. II, S. 222.

guten Rufes und wenn sie sich früher eine Zeitlang wunderbarlich geberdet und gesagt habe, sie wolle sich das Leben nehmen, so sei dies aus Melancholie geschehen. Man solle sie in Ruhe lassen.“ Sie wurde nicht gefoltert.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Archivar Dr. *Merx* für die liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Über moral insanity.

Ein Beitrag zur Psychologie des moralischen Irreseins.

Von

Dr. Hans Schulze, Assistenzarzt der Landesirrenanstalt Sorau.

In einem Schlußwort zur ersten Abhandlung seiner „Genealogie der Moral“ spricht Nietzsche den Wunsch aus, daß eine philosophische Fakultät sich durch eine Reihe akademischer Preisaufgaben um die Förderung moralhistorischer Studien verdient machen möge. Als besonders wesentlich bezeichnet er an der Lösung dieser Probleme vom „Werte der bisherigen Wertschätzungen“ die Teilnahme der Physiologen und Mediziner. Er verlangt, daß die Frage nach dem Werte dieser oder jener Gütertafel oder Moral unter die verschiedensten Gesichtspunkte gestellt werde; alle „Du sollst“, von denen die Geschichte oder die ethnologische Forschung weiß, bedürfen ihm zunächst einer physiologischen Beleuchtung; alle warten in erster Instanz auf eine Kritik von seiten der medizinischen Wissenschaft. . . .

Es ist Nietzsches großes Verdienst, den Begriff der Entwicklung im Sinne des Darwinismus zu einem Zentralbegriff aller Philosophie erhoben zu haben; Darwin ist eine seiner wichtigsten Voraussetzungen. Während der gealterte Kant im Gegensatz zu dem jugendlichen, wirklich kritischen Kant, dem die drei Großmächte des Mystizismus Gott, Freiheit und Unsterblichkeit im Lichte der reinen Vernunft unhaltbar erschienen, diese drei Hauptgespenster als Postulate der praktischen Vernunft wieder von neuem entstehen ließ, endeten seine Nachfolger mit völlig entgegengesetzten Vorstellungen, mit einer gänzlichen Ablehnung des christlichen Glaubens, mit einem radikalen Atheismus. Die mo-

derne Philosophie, die man als einen unausgesetzten Versuch bezeichnet hat, die Ergebnisse der Wissenschaft mit der Religion zu versöhnen, schließt bei Schopenhauer mit der absoluten Niederwerfung der christlichen Weltanschauung, mit einem vollkommenen Pessimismus. Allein die Lehren von Gott und der Welt sind nicht das Einzige und Wichtigste am Christentum; das Christentum ist nicht nur eine Welt-, sondern auch eine Lebensanschauung, es enthält einen Sittenkodex, es lehrt ein gewisses „Gut“ und „Böse“, nach dem es zu handeln und zu leben befiehlt. Nietzsche wendet nun die Entwicklungstheorien auf dies moralische Gebiet an, er überträgt die Lehre Darwins direkt auf die Ethik. Gleich Darwin erklärt er die menschlichen Handlungen als das Ergebnis natürlicher Kräfte; es gibt keine feststehenden Wertschätzungen, „nichts ist wahr“ spricht er mit den Assassinen, die Grenzen des Guten und Bösen sind in ewiger Verschiebung. Diese Betrachtungsweise ist an sich nicht neu; schon die griechischen Sophisten, für die im Sinne der Philosophie des Protagoras der Mensch das Maß aller Dinge und Werte bedeutete, kannten und übten sie. Nietzsches Untersuchungen schließen sich aufs engste der Schule der englischen Positivisten und der französischen Sensualisten an; man findet die Mehrzahl seiner Gedanken schon bei den Moralisten des 17. und 18. Jahrhunderts, bei Hobbes und Maudeville, bei Hutcheson und Hume einerseits und bei den Aufklärungsphilosophen der Revolution von 1789 andererseits; Nietzsches erstes größeres Buch über die Entstehungsgeschichte der moralischen Werte geht direkt auf den freundschaftlichen Verkehr und die mündlichen Auseinandersetzungen mit Dr. Paul Rée, den Autor des „Ursprungs der moralischen Empfindungen“ zurück. Steht also Nietzsche mit seiner Negation der christlichen Moral auf den Schultern einer langen Reihe von Vorgängern, so ist sein nächster Schritt ein durchaus selbständiger und origineller. Die bisherigen Verneinungen der Moral blieben im wesentlichen bedeutungslos, weil sie lediglich Verneinungen waren; sie beruhten auf keiner neuen Setzung, keiner neuen Bejahung. Nietzsche lehrte dagegen ein neues „Gut“ und „Böse“; zum ersten Male in der modernen Kultur ward mit dem Zarathustra den überlieferten Anschauungen ein neues großes Moralbuch entgegengestellt. . . .

Es ist an dieser Stelle nicht unsere Absicht, den verschlungenen Gedankenreihen Nietzsches über die „Umwertung aller Werte“ nachzugehen, in denen er zurückgreifend auf die Renaissance-stimmung und den von ihr erfüllten uomo singolare die Gestalt des „Übermenschen“ entstehen ließ, in jenem Irrtum, daß das Hauptinteresse der Natur dem vergänglichen aristokratischen Individuum gehöre, während sie doch in Wirklichkeit ihre mütterliche Zärtlichkeit für die Durchschnittsexemplare der Gattung aufspart, für die ewig weiterflutende Menge, „die Infanterie der großen Menschenarmee“, wie sie Napoleon I. genannt hat. Uns interessiert hier in erster Linie Nietzsche der Skeptiker, der alles bezweifelt, was bisher als wahr, gut und edel, als falsch, schlecht und verwerflich angesehen wurde, für uns handelt es sich vorwiegend um jene kritischen Untersuchungen Nietzsches im ersten Bande seiner Abhandlungensammlung „Menschliches, Allzumenschliches“, in denen er die Grundprinzipien der Ethik nicht auf metaphysischem, sondern auf real-psychologischem Boden aufzubauen und historisch zu erklären versucht. Hier erscheint Nietzsche noch in enger Anlehnung an die englische Moralphilosophie mit ihrem Prinzip des größtmöglichen Nutzens, während er später im Gegensatz zu diesem Utilitarismus und der Schopenhauerschen Mitleidsmoral den Instinkt für den Rang, das Pathos der Vornehmheit und der Distanz die Werte bestimmen und aus diesen die Begriffe von „Gut“ und „Schlecht“ hervorquellen läßt. Diese naturwissenschaftliche Auslegung der Moral im weitesten Sinne erweist sich nun von besonderer Bedeutung für die Analyse eines Komplexes psychopathologischer Erscheinungen, die man unter der Bezeichnung „Moralisches Irresein“ (moral insanity) zusammengefaßt hat und deren Bild nach einem treffenden Ausdruck *Erdmann Müllers* „von der Parteien Haß und Gunst verwirrt“ wie kaum ein zweites in der psychiatrischen Literatur schwankt. Es ist hierbei ohne Belang, ob man die Existenz der moral insanity als einer selbständigen Krankheitsspezies leugnet, sie vielmehr nur als ein vorübergehendes Zustandsbild oder als eine eigenartig gefärbte Form bestimmter anerkannter Krankheitsbilder gelten lassen will. Soviel darf jedenfalls als die allgemeine Ansicht auch derjenigen Autoren, die bei der Feststellung der Grundkrank-

heit das „Moralische Irresein“ als Einteilungsprinzip längst aufgegeben haben, ausgesprochen werden, daß es gleichsam eine Rasse von Individuen mit dauernder und durch Erziehung, Schicksal und andere Momente unbeeinflußbarer Stumpfheit der höheren moralischen Gefühle gibt, oder wie Maudsley, auf Prichard gestützt, schon 1870 als „übereinstimmende Meinung aller wirklich Sachverständigen“ konstatiert, daß eine Form geistiger Störung existiert, „deren Symptome bei Abwesenheit von Halluzinationen, Illusionen und Wahnideen hauptsächlich in einem krankhaft veränderten Zustande jener Seelenfähigkeiten bestehen, die man gewöhnlich die aktiven oder moralischen Kräfte nennt oder im allgemeinen unter den Kategorien des Fühlens und Wollens zusammenfaßt, Gefühle, Affekte, Neigungen, Temperament“. Die wissenschaftliche Bewertung dieser mangelhaften Ausbildung oder des gänzlichen Fehlens der sittlichen Gefühle weist bis in die Gegenwart, offenbar unter der Nachwirkung der alten supranaturalistischen Auffassung der Begriffe Moral und Ethik einen halb theologischen, halb metaphysischen Zug der Betrachtungsweise auf vom *Vitium primae formationis* Reimers und der *Kahlbaum*-schen Erkrankung eines „moralischen Fasersystems“ bis zur „Prädestination zum Bösen ab ovo“, mit der *Krafft-Ebing* der Natur gewissermaßen ein theologisch-teleologisches Prinzip unterschiebt. Wir wollen nun im folgenden versuchen, im Geiste von Nietzsches Kritik der Werturteile für die Analyse der psychologischen Grundphänomene des „Moralischen Irreseins“ einen von jeder metaphysischen Spekulation unabhängigen Standpunkt zu gewinnen, d. h. die ganze Frage gleichsam „jenseits von Gut und Böse“ abzuhandeln. — — —

Die Geschichte der Empfindungen, vermöge deren wir jemand verantwortlich machen, also der sogenannten moralischen Empfindungen, verläuft nach Nietzsche in folgenden Hauptphasen:

„Zuerst nennt man eine Handlung gut oder böse ohne alle Rücksicht auf deren Motive, sondern allein der nützlichen oder schädlichen Folgen wegen. Bald aber vergißt man die Herkunft dieser Beziehungen und wähnt, daß den Handlungen an sich ohne Rücksicht auf deren Folgen die Eigenschaft „gut“ oder „böse“ innewohne, mit demselben Irrtum, mit dem die Sprache den Stein

selbst als hart, den Baum selbst als grün bezeichnet, also dadurch, daß man, was Wirkung ist, als Ursache faßt. Sodann legt man das Gut- oder Bösessein in die Motive hinein und betrachtet die Taten an sich als moralisch zweideutig. Man geht weiter und gibt das Prädikat gut oder böse nicht mehr dem einzelnen Motive, sondern dem ganzen Wesen eines Menschen, aus dem das Motiv wie die Pflanze aus dem Erdreich herauswächst. So macht man der Reihe nach den Menschen für seine Wirkungen, dann für seine Handlungen, dann für seine Motive und endlich für sein Wesen verantwortlich. Nun entdeckt man schließlich, daß auch dieses Wesen nicht verantwortlich sein kann, insofern es ganz und gar notwendige Folge ist und sich aus den Elementen und Einflüssen vergangener und gegenwärtiger Dinge ergibt, also daß der Mensch für nichts verantwortlich zu machen ist, weder für sein Wesen, noch seine Motive, noch seine Handlungen, noch seine Wirkungen. Damit ist man zu der Erkenntnis gelangt, daß die Geschichte der moralischen Empfindungen die Geschichte eines Irrtums ist, des Irrtums von der Verantwortlichkeit, der auf dem Irrtum von der Freiheit des Willens beruht.“

Mit diesem Gedankengange hat Nietzsche das Problem der moralischen Werturteile scharf in den Brennpunkt eines anderen uralten Problems gerückt, des Problems der Willensfreiheit, und damit für seine weiteren Untersuchungen von vornherein seinen Standpunkt scharf präzisiert, wenngleich er an anderer Stelle die Lehre vom absoluten Determinismus als die bitterste Erkenntnis für den bezeichnet, der gewohnt war, gerade in der Verantwortlichkeit und Pflicht den Adelsbrief seines Menschentums zu sehen. Noch Schopenhauer, in dem schon die spekulative Philosophie mit der empirischen Psychologie in einem Gegensatz steht, den zu versöhnen er lebenslänglich die größten und vergeblichen Anstrengungen gemacht hat, hielt im Anschluß an Kant an der Verantwortlichkeit des Individuums fest. Schopenhauer, der in der Moral das notwendige Gegengewicht gegen seine pessimistische Willensmetaphysik sah, setzte als Ursprungsmotiv der moralischen Empfindungen das Mitleid. Nach ihm kämpfen die einzelnen Willenszentren in wilder Gier gegen einander, tun sich alles Leid und Weh an, bis die Erkenntnis der Wesensidentität mit dem

leidenden Bruder eintritt und dazu führt, ihm zu helfen, sodaß aus dem Mitleid dann alle Tugenden fließen, die Nächstenliebe, die Billigkeit, die Gerechtigkeit; und dies Mitleid steigert sich unter Umständen bis zur Selbstverleugnung, bis zur Askese, bis zur Aufgabe des Selbst. Schopenhauer gründet diese Mitleidstheorie auf das Prinzip des „Gewissens“: Weil einzelne Handlungen Unmut (Schuldbewußtsein) nach sich ziehen, muß es eine Verantwortlichkeit geben, denn zu diesem Unmut wäre kein Grund vorhanden, wenn alles Handeln des Menschen mit Notwendigkeit verlief. Aus der Tatsache dieses Unmuts glaubt Schopenhauer eine Freiheit beweisen zu können, die der Mensch irgendwie gehabt haben müsse, zwar nicht in bezug auf das Wesen, Freiheit also, so oder so zu sein, nicht so oder so zu handeln. „Aus dem esse, der Sphäre der Freiheit und Verantwortlichkeit folge das operari, die Sphäre der strengen Kausalität, Notwendigkeit und Unverantwortlichkeit. Jener Unmut beziehe sich zwar scheinbar auf das operari — insofern sei er irrtümlich — in Wahrheit aber auf das esse, welches die Tat eines freien Willens, die Grundursache der Existenz eines Individuums sei: Der Mensch werde das, was er werden wolle, sein Wollen sei früher als seine Existenz.“ Schopenhauer kam durch diesen Gedankengang zu seiner phantastischen Konsequenz der intelligiblen Freiheit, die *Möbius* als das unbrauchbarste Märchen bezeichnet hat, das Menschen jemals hervorgebracht haben. Schopenhauer versuchte damit seinem System Kants Begriff des außerhalb des Prinzips der Kausalität stehenden intelligiblen Charakters anzupassen, der sich als „Ding an sich“ hinter dem Willen verberge, wie er als Ausdruck eines bestimmten empirischen Charakters kausal bedingt in Erscheinung trete. Nach Kant besteht die empirische Notwendigkeit der einzelnen Handlung neben der Freiheit derselben, nur daß diese Freiheit nicht Gegenstand unserer Erfahrung sein kann. Kants Lehre vom intelligiblen Charakter ist auf das engste verknüpft mit seiner Sittenlehre; nur die Annahme derselben kann ihm die Verantwortlichkeit erklären, für deren Vorhandensein jeder in seinem Gewissen den angeblich untrüglichen, in seinem Bewußtsein gegebenen Beweis besitzt. Kant suchte den Rationalismus zu überwinden durch Anerkennung eines irrationalen Restes, der dem Denken unzugänglich und un-

durchdringlich ist und sich dem Menschen nur in seinem sittlichen Wesen offenbart, er übersah dabei aber, wie *Nordau* in einem Essay über die französischen Einflüsse auf Schillers *Don Carlos* ausführt, ganz die Seltsamkeit, die darin liegt, daß er zur letzten Triebkraft des sittlichen Handelns ein Subjektives macht, den kategorischen Imperativ, der schlechterdings keine Wurzeln im Subjektiven besitzt und sich in seinen Wirkungen gegen das Subjekt selbst richtet. „Kant ist an der Erkenntnis vorbeigegangen, daß gerade der kategorische Imperativ seinen Subjektivismus, das heißt die Grundlage seiner Philosophie, aufhebt, weil er sich nur als Anwalt der Gattung, d. i. des Nicht-Ichs, begreifen läßt, weil er die Leugnung der Geschlossenheit und Selbstherrlichkeit des Subjekts bedeutet, weil er das Subjekt Kräften und Zielen, die außerhalb seiner liegen, dienstbar macht und damit brutal nachweist, daß die Autonomie des Subjekts eine Illusion des Subjekts ist. Indem Kant in seinen kritischen Idealismus, der nur das denkende Ich bestehen läßt und die Welt zu einem begrifflichen Erzeugnis dieses Ichs macht, den kategorischen Imperativ einführt, tut er dasselbe, wie wenn Ptolemäus in sein System die Lehre des Kopernikus einführen würde: „Die Erde ist der Weltmittelpunkt, aber sie dreht sich zugleich um die Sonne und hängt in allen Dingen von ihr ab.“

Dieser unlösbare Widerspruch, in den die Annahme einer im einzelnen laut werdenden außerindividuellen moralischen Weltstimme selbst einen Geist wie Kant verstrickte, zeigt, wie wenig die spekulative Philosophie mit ihren a priori deduzierten und konstruierten Ergebnissen der Psychologie von Moral und Ethik gerecht zu werden vermocht hat. Ihre Erklärungsversuche mußten vergeblich bleiben, solange sie die sittlichen Prinzipien als Ausdruck individueller Strebungen und Neigungen, als Realisierung einer Idee, nicht aber induktiv und empirisch unter dem großen Gedanken der allgemeinen biologischen Entwicklung faßten. Das sittliche Bewußtsein ist nicht Schöpfer von Sitte und Moral, sondern umgekehrt Produkt der Sitte als einer sozialen Lebenserscheinung, ein Erzeugnis des geselligen Zusammenlebens der Menschen, entstanden durch die Anpassung an die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse unter dem Einflusse sozialer, nicht

individueller Faktoren. Moral und Ethik sind ebenso wie alle anderen organischen Schöpfungen des Menschengenies Sprache, Recht, Kunst, Produkt der sozialen Gemeinschaft. Der isolierte Mensch, führt *Post* in Übereinstimmung mit *Wundt* aus, der solange als Urquell aller Entwicklung figuriert hat, ist ein totes Abstraktum, eine spekulative Erfindung, die *re vera* nicht vorkommt. „So weit auch der kritische Blick unserer Wissenschaft in die nebelumspunnenen Anfänge des prähistorischen Menschentums vordringt, soviel immer von dem mythologischen Gebilde des sprach- und vernunftlosen, einsam sein Dasein fristenden Urmenschen erzählt werden mag, für eine nüchterne, durch keine Parteilogik beirrte Forschung ergibt sich immer mehr die Tatsache der sozialen Existenz des Menschen vom Anbeginn aller Tage an.“

„Die Tugend, sagt Spinoza ist die Fähigkeit, seinen Vorteil wahrzunehmen (*potentia suum utile quaerendi*), kein Verdienst.“ Dieser kurze Satz enthält in nuce die Grundgedanken einer Moralphilosophie, die an Stelle der Individualpsychologie eine ethnische Psychologie setzt. Die Geburtsstunde der Moral schlug in jenem Augenblicke, als der Mensch sich zum erstenmal vor der Interessensphäre eines anderen Individuums die rücksichtslose Befriedigung seiner individualistischen Willensinstinkte versagte, das heißt, als er sich im Interesse der ganzen sozialen Gemeinschaft das erste Opfer eines gewissen Teils seines Egoismus auferlegte. Der moralische Mensch ist also vor allem ein sozialer Mensch, in der sozialen Gemeinschaft liegen die Keime aller unpersönlichen Vorstellungen und Handlungen. Ein Minimum altruistischer Gefühle scheint die Natur durch die Art und Weise, wie sich die Gattung erhält, durch die Familiengemeinschaft, garantiert zu haben. „Vielleicht, meint Nietzsche, hat der Mensch schon mancherlei, was hierher gehört, von den Tieren überkommen, die ersichtlich Lust empfinden, wenn sie miteinander spielen.“ Aus der Familiengemeinschaft hat sich alsdann nach und nach die kompliziertere gesellschaftliche und staatliche Gemeinschaft entwickelt, die undenkbar ist, wenn die Einzelglieder lediglich durch egoistische Triebe beherrscht werden. Offenbar hat mit dieser sozialen Entwicklung die des Altruismus Schritt gehalten, indem dem Menschen diese Umwandlung seiner egoistischen Instinkte im Kampf ums

Dasein teils aufgedrängt, teils von ihm aus Zweckmäßigkeitsgründen im Sinne der *do ut des*-Politik vorweg genommen wurde, wie ja auch Egoismus und Altruismus durchaus keine so unversöhnlichen Gegensätze darstellen, als es im ersten Augenblicke den Anschein hat, insofern als auch eine altruistische Handlung durch das in uns erweckte Lustgefühl der Befriedigung einen egoistischen Beigeschmack erhält. Daß der Mensch ganz allgemein genommen überhaupt die Fähigkeit besitzt, seinen instinktiven Trieben eine andere Richtung zu geben als die ursprüngliche und infolgedessen kein Grund vorliegt, für altruistische Motive besondere altruistische Seelenvermögen anzunehmen, ist durch analoge Beobachtungen aus dem Tierreich außer allen Zweifel gestellt. Man ist durchaus im Irrtum, wenn man alle Handlungen der Tiere lediglich als Instinkthandlungen ansieht, sofern man Handlungen instinktmäßig nennen darf, die auf die Ausführung der gattungsmäßigen Triebe hinzielen; Handlungen, die diesen Charakter nicht tragen, fallen aus dem Bereich des rein Instinktmäßigen heraus. „Ein frommes Pferd, sagt *Henle* in seinen „Anthropologischen Vorlesungen“, ein wohldressierter Hund muß den Stammesgenossen geradezu als ein Auswurf der Pferde- oder Hundheit erscheinen. weil sie sich durch die Aussicht auf Lohn oder die Furcht vor Strafe dazu bewegen lassen, ihr eigenstes Naturell zu verleugnen.“ In dieser selben Weise hat sich auch beim Menschen die erste Umwandlung seiner egoistischen Instinkte vollzogen und unpersönliche, das heißt moralische Handlungen erzeugt, wie ja auch jetzt noch die christliche Kirche in der Verheißung von Lohn und Strafe, von „Zuckerbrod und Peitsche“ eine der wichtigsten Stützen ihrer Morallehren bei den unwissenden Volksklassen besitzt. Jede Moral ist im Gegensatz zum *laissez aller* ein Stück Tyrannei gegen die Natur, da sie den individuellen Neigungen entgegenwirkt. Ihre Entstehung ist nur verständlich vom Gesichtspunkte des Nutzens: nur die Rücksicht auf die Folgen, auf eventuelle Unlust, wenn der Geschädigte oder der stellvertretende Staat Rache erwarten läßt, nur dies kann ursprünglich den Grund abgegeben haben, sich eine Handlung persönlicher Lust zu versagen. „Es ist das erste Zeichen, sagt *Nietzsche*, daß das Tier Mensch geworden ist. wenn sein Handeln sich nicht mehr auf das augenblickliche Wohl-

befinden, sondern auf dauerndes bezieht, der Mensch also nützlich, zweckmäßig wird. Da bricht zuerst die freie Herrschaft der Vernunft heraus. Eine noch höhere Stufe ist erreicht, wenn er nach dem Prinzip der Ehre handelt; vermöge derselben ordnet er sich ein, unterwirft sich gemeinsamen Empfindungen und das erhebt ihn hoch über die Phase, in der ihn nur die persönlich verstandene Nützlichkeit leitete. Er achtet und will geachtet sein, das heißt, er begreift den Nutzen als abhängig von dem, was er über andere, was andere über ihn denken. Endlich handelt er auf der höchsten Stufe der Moralität nach seinem Maßstabe über die Dinge; er selber bestimmt für sich und andere, was ehrenvoll und nützlich ist: er ist zum Gesetzgeber der Meinung geworden. Diese Erkenntnis befähigt ihn, das Nützlichste, das heißt den allgemeinen dauernden Nutzen dem persönlichen, das ist die ehrende Anerkennung von allgemeiner, dauernder Geltung der momentanen voranzustellen; er lebt und handelt als Kollektiv-Individuum.“

Aus diesem Gedankengange resultiert also als Grundlage von Moral und Ethik, um es noch einmal kurz zusammen zu fassen, die sich immer mehr potenzierende Fähigkeit des Individuums, in Rücksicht auf die Allgemeinheit seinen eigenen Vorteil richtig zu begreifen und sein Tun danach zweckgemäß zu gestalten. Ein Individuum mit teilweisem oder gänzlichem Ausfall moralischer Begriffe wird demzufolge in letzter Instanz das Vermögen entbehren, sich diese utilitaristische Denkweise seiner Umgebung zu eigen zu machen. Zunächst kann der ausgesprochene Mangel einer solchen Fähigkeit, während die überwiegende Mehrzahl zweifellos über eine Anlage zum *ζῶον πολιτικόν* verfügt, als etwas anormales gelten, sofern man die Begriffe normal und anormal in ihrem ursprünglich numerischen Sinne als das der großen Masse Eigentümliche und umgekehrt faßt. Der Begriff des Anormalen erweitert sich jedoch zu dem des Pathologischen, wenn man sich den eigenartigen Gesamtcharakter vergegenwärtigt, den das Individuum durch die durchgängig subjektivistische Verarbeitung aller Lebensreize erhält. Die Neigung des Menschen zu gesellschaftlicher Vereinigung läßt sich bis in die früheste Kindheit der Menschheit überhaupt verfolgen; das ganze gewaltige Gebäude

der Kultur beruht auf jenem ältesten primitiven Bündnis, dessen Sinn die gemeinsame Abwehr einer drohenden Unlust zum Nutzen jedes einzelnen war. „Eine solidarische Gemeinschaft, sagt *Forel*, bestehe sie aus Menschen, Ameisen, Bienen oder Bibern, ist undenkbar, wenn die Einzelglieder lediglich durch egoistische Triebe beherrscht werden, oder anders ausgedrückt, sie kann unter diesen Umständen überhaupt nicht entstehen. Der soziale Instinkt ist die Vorbedingung des solidarischen Gemeinlebens.“ Ein Individuum, das dieses fundamentalen Vermögens ermangelt, stellt also gleichsam einen atavistischen Rückschlag dar in die Urform jenes hypothetischen Höhlenmenschen, ein Wesen, das in ein falsches Zeitalter hinein geboren, an dem die viele Jahrtausende alte Erziehung des Menschengeschlechtes durch sich selbst ohne Eindruck vorübergegangen ist. Wenn wir den Menschen im ganzen als einen Förderativstaat auffassen, so spielt der soziale Instinkt in ihm eine ähnliche Rolle, wie sie Schopenhauer dem Intellekt zuweist, nämlich die eines automatisch funktionierenden, gleichsam „unbewußten“ Beobachters, Kritikers und Ratgebers dem fertig vorgefundenen Wesen des Individuums gegenüber mit dem Drängen und Treiben der Kräfte, die auf Befriedigung der individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Je geringer dieser soziale Instinkt entwickelt ist, um so mehr wird der Grundcharakter der individuellen Raubtierinstinkte in den Willensäußerungen hervortreten; bei der Reduktion auf Null kommen überhaupt nur noch die egoistischen Triebe zur Sprache, das Individuum ist ihnen gewissermaßen rettungslos ausgeliefert, es kann nur egoistisch denken und wollen. In dieser letzten Instanz, die wir als das eigentliche Kriterium der moral insanity fassen, stehen wir der höchsten Potenz des Individualismus gegenüber im Gegensatz zum sozialen Instinkt. „Das Gebirge der Menschheit zeigt hier einmal die tieferen Formationen, die sonst versteckt liegen, offen. Es sind zurückgebliebene Menschen, deren Gehirne durch alle möglichen Zufälle im Laufe der Vererbung nicht so zart und vielseitig fortgebildet worden sind: sie zeigen uns, wie wir alle waren und machen uns erschrecken. In unserem Gehirn müssen sich auch Rinnen finden, die jener Gesinnung entsprechen, wie sich in der Form einzelner menschlicher Organe Erinnerungen an Fischzustände finden. Aber diese Rinnen und

Windungen sind nicht mehr das Bett, in dem sich der Strom unserer Empfindungen wälzt.“

Aus der absolutistischen Herrschaft der instinktiven Willensimpulse findet im Symptomenbilde der moral insanity zunächst der abnorme Charakter des Gefühlslebens seine Erklärung. Der Mangel des sozialen Instinktes macht dem Individuum jene altruistische Sublimierung des Egoismus unmöglich, als welche Nietzsche das Mitleid auffaßt, wie es sich historisch, das heißt stammesgeschichtlich aus dem Egoismus entwickelt und gemäß dem immer höher gebildeten Begriff des Nützlichen und Ehrenhaften allmählich mehr und mehr potenziert hat. Es ermangelt der Fähigkeit, durch unwillkürliche Assoziation am Leide des Nächsten mitleiden und dadurch seiner Unlustgefühle gleichsam mitteilhaftig zu werden, um sich mit ihm dann in dem Wunsche zu vereinen, die Quelle der beiderseitigen Unlustgefühle aus der Welt zu schaffen. „Daher fehlt schon dem Kinde jedes Gefühl der Liebe, der Zuneigung, der Anhänglichkeit. Das herzliche Lachen der Mutter erweckt kein Mitgefühl, keine freudige Empfindung. Mit fortschreitendem Alter nimmt die Verkehrtheit des Fühlens zu; das Kind benimmt sich unfreundlich, abstoßend, unfolgsam, widerspenstig gegen Eltern und Erzieher; es ist eigensinnig, halsstarrig, boshaft, hinterlistig im Verkehr mit Gespielen und Altersgenossen, gemütsroh und grausam gegen Tiere, die es mit Vorliebe quält. Im späteren Leben befremdet es durch Herzenskälte, Gleichgültigkeit gegen das Wohl und Wehe der nächsten Angehörigen, Stumpfheit für alle Regungen des Herzens, Interesselosigkeit für alles Schöne und Edle, für alle Fragen des sozialen Lebens.“ Das Phänomen des „Gewissens“ ist dem Bewußtsein eines solchen Menschen fremd, nicht in Kants Sinne eines immanenten ewigen Sittengesetzes, sondern in der primitiven Form des sozialen Instinktes, aus dem sich bei höherer geistiger Entwicklung die Gewissensregungen als Pflichtgefühl, Gerechtigkeitsgefühl usw., gebunden an Vorstellungen sozialen Inhalts, allmählich entwickelt haben; er steht gleichsam außerhalb jener Verinnerlichung der menschlichen Natur, als welche Nietzsche von seinem einseitigen Standpunkt die Entstehung des Gewissens definiert, „als sich die Instinkte des wilden, freien, schweifenden Menschen rückwärts

gegen den Menschen selbst wandten, unter dem Drucke jener tiefen Erkrankung, jener gründlichsten aller Veränderungen, die er überhaupt erlebt hat, nämlich, als er sich endgültig in den Bann der Gesellschaft und des Friedens eingeschlossen fand.“ Er weiß sehr wohl, daß ethische Begriffe und moralische Vorstellungen existieren, er kennt die Worte „gut“ und „böse“, „Recht“ und „Unrecht“, aber er verbindet keinen adäquaten Sinn damit; der negative Gefühlston der Unlust, der sich normalerweise mit der letzteren Vorstellung, der positive der Lust, der sich mit der ersteren verknüpft, mangeln ihm ganz und gar. In seinem schrankenlosen, durch keine altruistische Vorstellung darnieder gehaltenen Egoismus sieht er die ganze Welt als besonders für sich geschaffen, als sein spezielles Eigentum an, die Begriffe „Mein“ und „Dein“ sind ihm nur ein leerer Schall, da ihm der Gefühlston der Achtung fremden Besitzes vollständig abgeht. Er ist sich im Falle eines Diebstahls voll bewußt, sich an fremdem Eigentum zu vergreifen, aber er fühlt nicht und kann bei seiner einseitigen Organisation nicht fühlen, daß er damit ein Unrecht begeht. Hierin liegt der fundamentale Unterschied zwischen ihm und dem geistesgesunden Verbrecher, denn dieser stiehlt, obwohl er weiß, daß er sich an fremdem Gute vergeht, und obwohl er fühlt, daß dies ein Unrecht ist. Die Individuen führen wohl Worte wie Ehre, Recht, Vaterlandsliebe im Munde, Gefühlstöne jedoch, die diese Begriffe begleiten und ihnen Einfluß auf die Handlungen verschaffen sollen, fehlen ihnen vollkommen; sie sind für ein Verständnis derselben gewissermaßen ebenso unfähig, wie ein Farbenblinder für die blendenden koloristischen Effekte eines Böcklinschen „Sommer-tages“ oder ein absolut unmusikalischer Mensch für die wunderbaren Harmoniefolgen in Isoldens „Liebestod und Verklärung“.

In ähnlicher Weise wie auf dem Gebiete des Gefühlslebens macht sich die unumschränkte Autonomie des Subjektivismus auch auf dem der Intelligenz geltend. Es liegt in der Natur der Sache, daß ein Individuum, das gewissermaßen alle Lebensverhältnisse durch eine falsche Brille, nämlich durch die des Subjektivismus betrachtet, im Sinne von Refraktionsanomalien gewisse Urteilsanomalien aufweisen wird. Diese Urteilsanomalien bedingen im wesentlichen die spezifische Art des Schwachsinn, der in allen

Fällen von moral insanity beobachtet wird, während andererseits sich die Intelligenz in weiten Grenzen bewegen kann, ja zuweilen hohe allerdings in der Regel einseitige geistige Begabung unverkennbar ist. Der springende Punkt liegt unseres Erachtens in intellektueller Hinsicht offenbar darin, daß nicht die Zahl der in der Hirnrinde niedergelegten Vorstellungen und Erinnerungsbilder vermindert zu sein braucht, wohl aber durch den subjektivistischen Beziehungswahn deren assoziative Verknüpfung gestört ist. Ein so veranlagter Mensch muß infolgedessen bei seiner eigentümlichen Einseitigkeit in allen Fällen zunächst sein persönliches Ich zur Geltung bringen, er kann gewissermaßen ebensowenig objektiv sein, wie er aus seiner Haut heraus kann, weil ihm ein uninteressierter Standpunkt einfach undenkbar ist. Sein übermäßiges Selbstgefühl versetzt ganz automatisch jede objektive Vorstellung immer wieder mit subjektivistischen Gefühlen und trübt infolgedessen sein Kritikvermögen bis zur absoluten Urteilslosigkeit. Unfähig, von sich zu abstrahieren, stellt er gleichsam den Antipoden des normalen denkenden Menschen dar, dessen Ideal in der Wahrung größtmöglicher Objektivität beruht. So bildet sich denn allmählich ganz von selbst bei ihm die Vorstellung heraus, daß er der Mittelpunkt der Welt sei. Diese Art, seine Stellung als Mensch aufzufassen, zeitigt als weitere natürliche Folge eine krankhafte Selbstüberschätzung, die sich häufig rein äußerlich in übertriebener Eitelkeit entladet und die nun ihrerseits wieder einen neuen Impuls zur Befriedigung selbstischer Interessen abgibt. Die Verkenning des persönlichen Wertes beherrscht die ganze Lebensführung, sie spannt die Ziele des Individuums weit über seine Leistungsfähigkeit hinaus und läßt es instinktiv eine seiner Bedeutung gar nicht entsprechende Stellung beanspruchen; daher die so häufige Neigung zu Hochstapeleien, bei denen sich die Individuen so vollständig in ihre jeweiligen Rollen hineindenken und leben, daß sie in ihrer Einbildung schließlich wirklich die von ihnen gespielten Persönlichkeiten darstellen. Die fehlende Selbstkontrolle in der Befriedigung der egoistischen Triebe führt notwendig zur Negation der Rechtssphären anderer und bedingt somit Konflikte mit den bestehenden Gesetzen und Institutionen. In jedem Milieu, soweit es einengende Beschränkungen der indi-

viduellen Freiheit aufweist, muß sich darum ein solcher Mensch in antisozialer Richtung entwickeln. Ergeben sich in Konsequenz hiervon Nachteile oder Strafen, so vermag er deren Berechtigung nicht einzusehen und so gewissermaßen nie durch Schaden klug zu werden, da es ihm unmöglich ist, die Ursache in sich selbst zu suchen. Blind für seine eigenen Fehler und unfähig, aus seiner egoistischen Selbstüberschätzung herauszutreten, schiebt er die Schuld seines vermeintlichen Unglücks anderen zu; an die Stelle der einfachen Herzenskälte treten Haß und Rachsucht, schrankenlose Rücksichtslosigkeit und Brutalität. Es fehlt an jeder Korrektur und Hemmung; die entfesselte bête humaine zeigt unverhüllt ihr Antlitz in Taten, die ebenso durch die Furchtbarkeit ihrer Ausführung, wie durch den naiven Zynismus des Täters zugleich überraschen und erschrecken. — — — —

„Die gesamte Rechtsordnung, sagt *Wundt*, steht unter dem Zwang der Sitte.“ Auf den niederen Stufen der Zivilisation sind Recht und Sitte noch völlig gleichartig und ungeschieden als Bedingungen eines friedlichen Neben- und Miteinanderlebens, die soziale Organisation ist ebenso wie für die Moral das unumstößliche Fundament von Recht und Gesetz. Kant faßt das Recht als den Inbegriff der Bedingungen, unter denen die Willkür des einen mit der Willkür der anderen nach einem Gesetz allgemeiner Freiheit vereinigt werden kann, d. h. als eine künstlich geordnete und zwangsweise von der Gesamtheit dem einzelnen auferlegte Regelung seiner Beziehungen zu anderen. „Recht wie Moral stellen eine Nutzbarmachung jener Instinkte dar, die den Menschen zum geselligen Zusammenleben treiben, zugleich jener Not, die ihn zwingt, sich mit seinesgleichen zu verbinden, eine zweckdienliche Verwendung menschlicher Anlagen zum Ausbau einer zivilisationsfähigen Gesellschaft.“

Aus diesem unmittelbaren Zusammenhange des Rechts mit dem sozialen Organismus, der uns heutzutage Staat und Recht als untrennbar miteinander verbundene Dinge erscheinen läßt, ist im modernen Rechtsstaate der Standpunkt des antisozialen Individuums, wie wir es vorstehend skizziert haben, a priori klar gekennzeichnet. Hier wie dort sieht es sich einem Werdeprozeß gegenüber, für dessen grundsätzliche Voraussetzungen es keinerlei

Organ besitzt. Es befindet sich im Verhältnis zu dem auf sozialer Basis geordneten Gemeinwesen gleichsam in der Lage eines Menschen, der in ein verschlossenes Haus hineinverlangt und in Ermangelung eines Schlüssels die Fenster einschlägt und gewaltsam einsteigt. Ihm mangelt ein Rechtsbewußtsein als Niederschlag des sozialen Instinkts, das ihm ein Balancement des Individualwillens mit dem Kollektivwillen ermöglicht. Es spricht in diesem Sinne gleichsam eine andere Sprache als die große Mehrzahl der sozial veranlagten Individuen, die die rechtlichen Prinzipien wie die Fall- und Zeitformen ihres Idioms mit voller Richtigkeit anwenden und doch die Grammatik, die Wissenschaft der Sprache oft kaum dem Namen nach kennen.

Soweit zunächst rein theoretisch die Beziehungen des Individuums zur Institution des Rechts als eines sozialen Lebensgebietes. Neben diesem psychologischen Problem interessiert im weiteren aber auch die praktische Seite der Frage, in welcher Weise das Verhältnis der antisozialen Elemente zu den Rechtsbräuchen zu bewerten ist, wie solche sich als Gesetzgebung bei den Völkern der Erde allmählich ausgebildet haben. Eine Entscheidung des Reichsgerichts vom 14. August 1896 formuliert die Stellung der praktischen Rechtspflege zum Symptomenkomplex der moral insanity folgendermaßen;

„Die neuere Theorie hat das Vorhandensein von Irreseinszuständen angenommen, bei denen die logischen Prozesse ungestört von statten gehen, die äußere Besonnenheit erhalten ist und Wahnideen und Sinnestäuschungen ganz fehlen, gleichwohl aber die Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit geschmälert sind bis zur völligen Aufhebung derselben, insofern das Individuum statt rechtlicher Momente nur Begriffe der Nützlichkeit und Schädlichkeit zu verwerten weiß, das Strafgesetzbuch von diesem inferioren Standpunkt aus nur als eine Art polizeilicher Vorschrift zu beurteilen vermag und bei diesem sittlichen und intellektuellen Defekt mehr oder weniger widerstandslos seinen egoistischen und unsittlichen Trieben preisgegeben ist. Ob diese Theorie vom moralischen Irresein für eine spätere Gesetzgebung verwertet werden kann, muß hier ungeprüft bleiben. Soviel ist indessen klar, daß nach den dem Deutschen Straf-

gesetzbuch zugrunde liegenden Anschauungen durch den von der Theorie angenommenen Mangel jedes moralischen Haltes die Zurechnungsfähigkeit nur dann ausgeschlossen werden kann, wenn der Mangel aus krankhafter Störung nachzuweisen ist.“ —

Dies Urteil des Reichsgerichts enthält in seinem letzten Satze in aller Form eine Absage an die Lehre vom moralischen Irresein, indem es damit gleichzeitig in voller Schärfe das zentrale Element der Willkür beleuchtet, das im Begriff des Rechts enthalten ist. Treten wir den „dem Deutschen Strafgesetzbuch zugrunde liegenden Anschauungen“ näher, aus denen heraus der höchste Gerichtshof eine von weiten wissenschaftlichen Kreisen vertretene Theorie durch seine Autorität einfach negieren zu können glaubt, so bestimmt der § 51 R.St.B. die Straflosigkeit eines jeden, der die schädigende Handlung in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit vollbrachte, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Wenn also der Gesetzgeber verlangt, daß die Tat unbestraft bleibe, sobald keine freie Willensbestimmung vorhanden ist, so besagt er damit, daß der zurechnungsfähige Mensch freie Willensbestimmung besitzt. Eine solche Annahme ist aber vom Standpunkt der Psychologie unhaltbar, denn freie Willensbestimmung im Sinne des Indeterminismus widerspricht der Voraussetzung der Psychologie, daß alle psychischen Vorgänge notwendige Wirkungen vorangehender Ursachen sind. „Auch die zurechnungsfähige Handlung, sagt *Münsterberg*, kann keine Ausnahme vom Kausalgesetz bilden. An die Stelle vom Freiheitsbegriff muß darum der Begriff der normalen Reaktion treten. Nicht bestraft soll derjenige werden, dessen psychologischer Apparat nicht das normale Spiel der Assoziationen und Inhibitionen ermöglichte und dessen Reaktion auf den äußeren Reizkomplex somit nicht aus dem normalen Zusammenwirken aller psycho-physischen Funktionen hervorging.“ Für den Soziologen ist der Verbrecher in der Tat solch ein psychologisches und psychophysisches Objekt, für den praktischen Richter dagegen kommt der zurechnungsfähige Verbrecher niemals als ein Objekt, sondern stets nur als wollendes Subjekt in Betracht. „Für den Soziologen, führt *Münsterberg* in einem Aufsatz über „die Psychologie und das praktische Leben“

weiter aus, ist der Richter, der dem Verbrecher gegenüber steht, selbst nur ein psychophysischer Mechanismus, sein sittliches Gefühl ein Prozeß zum Schutz der Gesellschaft und seine Mission ein Produkt der biologischen Arbeitsteilung. Die Auffassung des einen Gliedes bedingt da die Auffassung des anderen; ist der Gesellschaftsstörer nur ein unfreier Automat, so kann sein Gegenglied, der Gesellschaftshüter auch nur ein Mechanismus sein, in dem nicht etwa sittlicher Wille teleologisch wirksam ist, sondern nur ein psychologischer Bewußtseinsinhalt gesetzmäßig abläuft. Wird der Richter dagegen wirklich als der sittlich Wollende anerkannt, als den er sich während des Rechtsspruches selber fühlt, so kann sein Gegenglied, der Verbrecher, auch nur in seiner subjektivistischen Wirklichkeit als Wollender betrachtet werden. Die Zurechnungsfähigkeit und freie Willensbestimmung bedeutet dann eben etwas ganz anderes als nur normalen Ablauf der psychischen Funktionen; sie bedeutet vielmehr, daß der Verbrecher überhaupt nicht als Objekt mit objektiven Funktionen, sondern schlechthin als Subjekt gedacht werden soll, für das dann die objektivierenden Kategorien der Kausalbetrachtung, und somit alle soziologische Kriminologie prinzipiell unanwendbar sind. Der Verbrecher hatte seine freie Willensbestimmung, heißt dann einfach, daß er diejenige Betrachtungsweise und Stellungnahme fordert, bei der die kausale Betrachtung seiner Willenshandlung ausgeschlossen ist, weil sie keinen Anhaltspunkt und keinen Sinn hat. Der Verbrecher ist unzurechnungsfähig, besagt dann, daß wir ihn nicht als Subjekt, sondern nur als psychisches und physisches Objekt betrachten sollen. Nur also, wenn der Richter nichts zu richten hat, kann seine Psychologie ihm helfen; dem zurechnungsfähigen Verbrecher gegenüber ist er niemals psychologisierender Beobachter objektiver Funktionen, sondern wollendes Subjekt, das den freien Willen des anderen nicht zerlegt und erklärt, sondern versteht und nacherlebt, interpretiert, würdigt und richtet.“ Abstrahieren wir in diesem Sinne *Münsterbergs* von unserer streng deterministischen Weltanschauung, so ist damit eine Brücke geschlagen zu jener grundlegenden Voraussetzung des gesamten Strafrechts, daß der erwachsene vollentwickelte, geistig gesunde Mensch in seinem Tun und Lassen frei

und damit verantwortlich sei, eine Voraussetzung, über die sich wohl theoretisch streiten läßt, die aber im gegebenen, auf Grund des bestehenden Strafrechts zu entscheidenden Falle nicht in Frage steht. „Der Arzt, sagt *Hoche*, hat sich darüber zu äußern, ob für den einzelnen Angeklagten die allgemeine Voraussetzung, daß er normal sei, zutrifft und weiterhin, wenn er geistig nicht normal ist, ob die Abweichung so beschaffen oder so ausgedehnt ist, daß in den dem Handeln vorausgehenden seelischen Vorgängen krankhaft beeinflusste Glieder vorhanden waren, die also sein Wollen nicht frei, d. h. frei von krankhaften Momenten erscheinen lassen.“ Die Unfähigkeit des Richters nun, eine Anomalie des Fühlens, wie sie beim moralischen Irresein in der Richtung besteht, daß die normale Gefühlsbetonung aller das Zusammenleben in der Gesellschaft regelnden Vorstellungen fehlt, als krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 R.St.B. aufzufassen, scheint unseres Erachtens auf zwei Ursachen zurückzugehen. Durch den schroffen Standpunkt des Gesetzes wird für den Richter bei der Beurteilung von zweifelhaften Geisteszuständen die Frage des Intelligenzdefektes zu sehr in den Vordergrund geschoben; als allein entscheidendes Kriterium für die Zurechnungsfähigkeit eines Individuums tritt überall der Verstand, das Erkenntnisvermögen auf. Wie sehr diese juristische Auffassung die psychiatrische beeinflusst, beweist der Standpunkt *Cramers*, der das Krankhafte des ethischen Defekts nur dann für nachgewiesen hält, wenn ein gewisser Grad von Schwachsinn oder andere psychische Störungen deutlich zutage treten. „Kann sich, fragt demgegenüber *Tiling* in einem Aufsatz über moral insanity, die Psychiatrie wirklich auf diesen Standpunkt stellen? Ich meine, die Gemütskrankheiten sollten sie daran hindern und daher erscheint mir ein Kompromiß mit dem Standpunkt des Gesetzes, der vielfach angestrebt wird, unannehmbar; Strafmilderung bei zweifelhaften Fällen ist nur ein Palliativmittel.“ Auch *Hoche* erörtert in seinem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie die Frage, ob ein Defekt des ethischen Fühlens theoretisch nicht genau so zu beurteilen sei, wie ein rein verstandesmäßiger, und kommt zu dem Schlusse, daß man, diese Voraussetzung einmal zugegeben, einen solchen Defekt nicht anders als unter die krankhaften Störungen der Geistestätigkeit

einreihen könne. Für den Standpunkt des Reichsgerichts in der moral insanity-Frage kommt aber im weiteren noch ein zweites Moment in Frage. Der Richter operiert nämlich mit dem Begriff der Geisteskrankheit, wie *Hoche* in einem Aufsatz über „die Freiheit des Willens vom Standpunkt der Psychopathologie“ bemerkt, „in dem zwar durchaus populären, aber falschen Sinne, als ob der Zustand der Geisteskrankheit etwas Einheitliches und seinem Wesen nach der geistigen Gesundheit prinzipiell Entgegengesetztes wäre, ein Zustand, in dem alle sonst bestehenden Gesetze ihre Gültigkeit verlieren; eine Auffassung, die die ärztliche Erfahrung in keiner Weise stützen kann, da in dem seelischen Geschehen Geisteskranker so wenig etwas prinzipiell Neues und Andersartiges erscheint, wie etwa in einem Uhrwerk, das infolge bestimmter Störungen einen rascheren, langsameren, unregelmäßigen oder sonst irgendwie abnormen Gang annimmt“. Der Jurist macht infolgedessen meist die stillschweigende Voraussetzung, daß mit dem Begriff der Geistesstörung ein ganz neues und andersartiges Moment in die Betrachtung tritt. Die Oberflächlichkeit einer solchen Anschauungsweise, die vielleicht für die Beurteilung ganz grober Störungen des Seelenlebens, wie etwa die paralytische Demenz oder Zustände völliger Verwirrtheit genügen mag, bedeutet jedoch für den Richter eine große Gefahr, wenn er tiefer in das psychologische Verständnis gerade jener Grenzfälle eindringen soll, bei denen es oft auch dem Fachmann schwer fällt, die Linie festzulegen, an der die normale Bestimmbarkeit durch normale Motive ihr Ende findet. Die fließenden Übergänge verbieten hier eine scharfe Trennung an einem willkürlichen und natürlich auch individuell sehr verschiedenen Punkte. Geschieht dies doch wie in der zitierten Reichsgerichtsentscheidung, so wirkt ein derartiges Urteil im Sinne einer Gewaltsamkeit, die mit unserem wissenschaftlichen Gewissen und Rechtsbewußtsein auf die Dauer nicht wird vereinigt werden können. —

Diese Unzulänglichkeit der eigenen Entscheidung scheint dem höchsten Gerichtshof selbst schon im Augenblick der Urteilsfällung zum Bewußtsein gekommen zu sein, denn man geht wohl nicht fehl, wenn man den vorletzten Satz der Begründung im Sinne einer verschämten Anerkennung der gleich darauf im Schlußsatz ver-

neinten Theorie bewertet. Ohne Zweifel ist dieser Hinweis auf die Zukunft dem Reichsgericht durch die Erkenntnis eingegeben worden, daß sich unser jetziges Strafsystem bei einer großen Klasse von Individuen insofern als erfolglos erwiesen hat, als sie durch die über sie verhängten Strafen in keiner Weise geändert werden, ein Beweis, daß die psychologischen Voraussetzungen des ganzen Systems für sie nicht zu Recht bestehen können. Wenn der Richter straft, so straft er in der Überzeugung von der Gerechtigkeit der Strafe, von der ethischen Bedeutung der Vergeltung: die Strafe ist ihm die Sühne der Schuld, eine Auffassung, die in der Entwicklung des Begriffs der Strafe historisch begründet liegt. „Es ist die längste Zeit der menschlichen Geschichte, sagt Nietzsche, gestraft werden, wie jetzt noch Kinder oft von den Eltern gestraft werden, aus Zorn über einen erlittenen Schaden, der sich am Schädiger ausläßt; der moralische Hauptbegriff „Schuld“ hat seinen Ursprung in dem sehr materiellen Begriff „Schulden“ genommen. Das älteste Rechtsverhältnis war das zwischen Gläubiger und Schuldner: Hier trat zuerst Person gegen Person, maß sich Person an Person. Man hat keinen noch so niederen Grad der Zivilisation gefunden, in dem nicht schon etwas von diesem Verhältnisse bemerkbar würde, Preise machen, Werte abmessen, Äquivalente ausdenken, tauschen, das hat in hohem Maße das Denken der Menschen präokkupiert, daß es gewissermaßen das Denken ist. Vielleicht drückt das Wort „Mensch“ (manas) noch etwas von diesem Verhältnis aus; der Mensch bezeichnet sich als das Wesen, das Werte macht, wertet und mißt, als das wertschätzende Tier an sich.“ Diese ursprünglichsten juristischen Beziehungen, die sich, wie dies schon Thucydides in seinem Gespräch der athenischen und melischen Gesandten ausgeführt hat, auf den guten Willen von ungefähr Gleichmächtigen gründen, sich miteinander gütlich abzufinden, sich durch einen Vergleich zu verständigen, ergaben sich mit Notwendigkeit, als die ersten Rechtssubjekte, das erste „Eigentum“ auf dem Wege der Gesellschaftsbildung geschaffen worden waren. Dadurch wurde allmählich das älteste Personenverhältnis, das Faustrecht, jene *contradictio in adiecto*, abgelöst, das durch die ganze Natur anerkannt wird und im Kampf ums Dasein seine natürliche Unter-

lage und Vorschule besitzt. Die gesamte Entwicklung der strafrechtlichen Institutionen läuft parallel der allgemeinen sozialen Entwicklung, basierend auf dem Prinzip der Verteidigung der von der Allgemeinheit anerkannten materiellen und ethischen Rechtswerte gegen Verletzungen durch das einzelne Individuum. „Der Kompromiß mit dem Zorn des zunächst durch die Übelthat Betroffenen, ein Bemühen, den Fall zu lokalisieren oder gar allgemeinerer Beteiligung und Beunruhigung vorzubeugen, Versuche, den ganzen Handel ohne Gewaltsamkeit beizulegen, vor allem der immer bestimmter auftretende Wille, ein jedes Vergehen als in irgend einem Sinne abzählbar zu nehmen, das sind die Züge, die der fernerer Ausgestaltung des Strafrechts immer deutlicher aufgeprägt sind.“ Aus diesen geschichtlichen Bedingungen hat sich ein fundamentales Prinzip der Rechtspflege entwickelt, das auch heute noch das positive Strafrecht auf das nachhaltigste beeinflußt, das der Kommensurabilität von Rechtsverletzung und Strafe, die Tendenz, eine dem Verbrechen „gemäße“ Strafe zu finden, ein Prinzip, das der italienische Jurist Ferri mit der treffenden Bemerkung gegeißelt hat, daß es ebenso berechtigt wäre, als ob man fragen wolle, wie vieler Hammerschläge es bedürfe, um einen Irrtum zu zerstören. Wie weit dieses Prinzip beispielsweise bei einem der ältesten Kulturvölker der Welt, den Babyloniern, ausgebildet war, beweist ein Satz aus dem neuerdings aufgefundenen Gesetzbuch Hammurabis, daß für die Tat des Vaters mitunter das Kind haftet. „So, schreibt *Kohler*, wenn der Baumeister schlecht gebaut hat und infolgedessen der Sohn des Hausherrn durch den einstürzenden Bau getötet wird: dann soll der Sohn des Baumeisters mit dem Leben büßen. Wenn der Sohn des Schuldners in der Schuldgefangenschaft infolge schlechter Behandlung stirbt, ist der Sohn des Gläubigers hinzuschlachten. Wenn jemand einem Weibe die Leibesfrucht abtreibt und das Weib dabei stirbt, so soll die Tochter des Täters Todesstrafe erleiden. Man sieht, wie hier der Gedanke der Talion weiter spielt; denn der Satz, daß der Tat das Strafübel gleichkommen solle, wird hier dadurch verwirklicht, daß man eine Person aus der Familie des Täters der Gerechtigkeit weihe, und zwar eine solche Person, welche möglichst für die Persönlichkeit, die das Opfer

der Tat geworden ist, einen Gegenwert bietet.“ Für eine deterministische Auffassung, die das Verbrechen als Naturphänomen betrachtet und für die von Willensfreiheit und Schuld des Verbrechens keine Rede sein kann, ist es ferner nicht möglich, wie dies die sogenannten absoluten Strafrechtstheorien verlangen, die Strafe nach dem Grade des Verschuldens zu bemessen, Grund und Höhe der Strafe in dem begangenen Delikte, also in einem Vergangenen zu finden. In gleichem Maße erscheint uns aber auch die Grundidee der gegnerischen relativen Strafrechtstheorien unannehmbar, die die Unterlage des Strafmaßes in dem, was Nützliches durch die Strafe selbst bewirkt werden kann, also in einem Zukünftigen sehen; ein Prinzip, zu dessen kritischer Würdigung *Merckel* ein analoges zivilrechtliches Verhältnis konstruiert hat, das darin vorliegen würde, wenn Grund und Maß der Zahlungsverbindlichkeit eines Schuldners in der der Zukunft angehörigen Befriedigung des Gläubigers bestände. „Der Charakter, sagt Schopenhauer in seiner Preisschrift über die Freiheit des Willens, ist konstant. Selbst bei der deutlichsten Erkenntnis und Verabscheuung seiner Laster bessert man sich doch eigentlich nicht: bei erneuter Gelegenheit betrifft man sich auf demselben Pfade. bloß die Erkenntnis läßt sich berichtigen; man kann zu der Einsicht gelangen, daß diese oder jene Mittel nicht zum Zweck führen, mehr Nachteil als Gewinn bringen, dann ändert man die Mittel, nicht die Zwecke. Allein in der Erkenntnis liegt die Sphäre und der Bereich der Besserung. Weiter geht keine moralische Einwirkung als zur Berichtigung der Erkenntnis.“ Bei einem Bruch mit der Forderung des Gleichmaßes von Verbrechen und Strafe, das heißt mit der Idee der Gerechtigkeit im überkommenen Sinne überhaupt, bleibt dem Soziologen danach als vornehmster Gesichtspunkt für die Aufgabe der Strafe allein der Schutz der Gesellschaft; die Strafe ist ihm ein praktisches Abschreckungs- und Sicherungsmittel, das sich in Art und Maß der verbrecherischen Persönlichkeit anzupassen hat. Schon Sokrates hat diesem Gedanken Ausdruck geliehen in dem Aphorismus, „daß der Weise nicht strafe, weil schlecht gehandelt worden sei, sondern damit nicht schlecht gehandelt werde“, eine Anschauung, der wir auch bei Schopenhauer begegnen, der das Strafgesetzbuch

„ein Verzeichnis von Gegenmotiven zu verbrecherischen Handlungen“ nennt. Diese zuerst von *Lombroso* vertretene Theorie der „sozialen Verteidigung“ haben *Garofalo* und *Ferri* mit Benutzung Darwinscher Ideen dahin weiter ausgestaltet, daß sie die Prinzipien der „Anpassung“ und „Ausstoßung“ als maßgebend für die Strafe erklärt haben. Die Strafe kann nach *Garofalo* nur folgenden Doppelsinn haben; entweder daß sie den verbrecherischen Instinkten ein Gegengewicht schafft und den früheren Verbrecher auf diese Weise in ein brauchbares Glied der menschlichen Gesellschaft umwandelt (Anpassung) oder den anderen, daß sie den Verbrecher aus der menschlichen Gesellschaft oder der durch ihn gefährdeten Umgebung entfernt (Ausstoßung).

Durch diesen letzten Gesichtspunkt ist der Allgemeinheit der Weg in ihrem Verhalten gegenüber den als dauernd antisozial oder besser vielleicht noch als asozial erkannten Elementen klar vorgezeichnet. Wenn wir diese Menschenspielart als außerhalb der Prinzipien des ganz auf sozialer Basis ruhenden Rechtes stehend betrachten, so müssen wir andererseits in Rücksicht auf ihre Gefährlichkeit dafür Sorge tragen, daß das gesellschaftliche Ganze vor Individuen geschützt wird, bei denen die angeborenen Anlagen, trotz normalen Funktionierens des Reaktionsapparats es notwendig machen, daß unter Bedingungen, unter denen der Durchschnittsmensch im Umkreis des rechtlich Erlaubten bleibt, ihre Reaktionen in die Rechte des Mitmenschen schädigend eingreifen. Die Fassung der reichsgerichtlichen Entscheidung läßt erhoffen, daß der weitere Entwicklungsgang unserer Strafrechtspflege dahin führen wird, daß die der sozialen Gefühle dauernd ermangelnden Gesellschaftsglieder nicht mehr „bestraft“, sondern in einer ihrer Individualität angepaßten Form für die Allgemeinheit unschädlich gemacht werden. Eine Anregung ist in dieser Richtung bereits gegeben durch den Vorschlag der sogenannten „unbestimmten Strafurteile“; da nämlich der Richter den Verbrecher nicht genügend kennt, also nicht weiß, welche Strafe gerade für ihn paßt, so soll die Dauer der Freiheitsstrafe nicht vom Richter bei der Urteilsfällung, sondern von anderen Behörden auf Grund der Erfahrungen bestimmt werden, die man in den Strafanstalten mit dem Verbrecher macht. In der Tat

gehört auch, wenn wir aus unseren Darlegungen die letzten Konsequenzen ziehen, ein derartiges antisoziales Individuum, wie es vorstehend gekennzeichnet ist, ebensowenig vor das Forum eines Gerichts wie irgend ein schädliches Raubtier. Es reiht sich in Konsequenz seiner gesellschaftsfeindlichen Veranlagung vielmehr einfach all den übrigen Organismen an, die von der Natur so eingerichtet sind, daß sie bei normalem Funktionieren andere Lebewesen zerstören; es ist gewissermaßen von der Keimanlage an auf einen antisozialen Grundton gestimmt, der gleich wie der Grundton einer gespannten Saite in allen Obertönen mitschwingt, durch sein ganzes Denken und Handeln bestimmend hindurchklingt und es unfähig erscheinen läßt, sich in das große soziale Konzert harmonisch einzufügen.

Die Ätiologie der einfachen Idiotie verglichen mit derjenigen der zerebralen Kinderlähmungen.

Von

Medizinalrat Dr. W. Koenig, Dalldorf.

In einer früheren Arbeit¹⁾ hatte ich den klinischen Nachweis geführt, daß es eine ununterbrochene Kette von Fällen gibt, welche von der zerebralen Kinderlähmung mit normalem geistigen Verhalten zu Fällen einfacher Idiotie führt.

In einer zweiten Abhandlung,²⁾ auf welche ich mich hier verschiedentlich zu beziehen haben werde, besprach ich die prädisponierenden und ätiologischen Momente der zerebralen Kinderlähmungen (im engsten Sinne verstanden), wobei ich, um Vergleiche mit andern ähnlichen Untersuchungen zu ermöglichen, alle die von mir als „Übergangsformen“ bezeichneten Fälle wegließ. Wenn nun die mir bisher von verschiedenen Seiten bestätigte und von niemand widersprochene Tatsache der obenerwähnten „Kette“ richtig war, so stand zu erwarten, daß ein Vergleich der ätiologischen etc. Momente beider Gruppen, der zerebralen Kinderlähmungen einerseits und der einfachen Idiotie andererseits eine große Ähnlichkeit ergeben würde. Den Beweis für die Richtigkeit dieser Vermutung soll die vorliegende Arbeit erbringen.

Die Anamnesen sind mit der größten Sorgfalt aufgenommen

¹⁾ Über zerebral bedingte Komplikationen, welche den zerebralen Kinderlähmungen wie der einfachen Idiotie gemeinsam sind, sowie über die abortiven Formen der ersteren. (D. Zeitschrift für Nervenheilkde. Bd. XI)

²⁾ Über die bei den zerebralen Kinderlähmungen in Betracht kommenden prädisponierenden und ätiologischen Momente. (D. Z. f. Nervenheilkde. Bd. XIII)

worden, zum großen Teil von mir selbst, die übrigen von älteren und erfahrenen Kollegen (*Dr. Navratzki* und *Dr. Sklarek*).

Auch von der Statistik dieser Arbeit gilt dasselbe, was ich in meiner vorigen betont habe, daß, sofern die Zahlen fehlerhaft sind, die Fehlergrenze nach unten zu liegt, d. h. die Zahlen sind in dubio eher zu klein als übertrieben hoch.

Auf die umfangreiche Literatur der Ätiologie der Idiotie hier einzugehen, unterlasse ich aus dem Grunde, weil die speziell hier zu behandelnde Aufgabe bisher nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen ist.

Zunächst sei bemerkt, daß ich unter „*eigentlichen ätiologischen Momenten*“ solche verstehe, von welchen positiv nachgewiesen ist, daß durch sie allein, auch ohne Mitwirkung anderweitiger Umstände, zerebrale Kinderlähmung bzw. Idiotie verursacht werden kann. Alle anderen Momente, welche erfahrungsgemäß in der Entstehungsgeschichte der erwähnten Affektionen eine Rolle spielen, von denen jedoch nicht sicher steht, daß sie allein für sich dieselben produzieren, nannte ich „*prädisponierende*“ Momente. Da dieser Begriff vielleicht nicht genügend umfassend ist, so will ich lieber von „*prädisponierenden bzw. mitwirkenden*“ Momenten sprechen.

In meiner vorigen Arbeit resumierte ich mich, wie folgt:

1. Wir kennen nur drei sichere „*ätiologische*“ Momente für das Zustandekommen der zerebralen Kinderlähmungen:

- a) Die schwere bzw. asphyktische Geburt,
- b) das Kopftrauma,
- c) die Infektionskrankheiten.

2. Alle anderen in Betracht kommenden Momente können bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nur als prädisponierende (bzw. mitwirkende) oder das Vorhandensein einer Prädisposition dokumentierende angesehen werden, womit natürlich die Möglichkeit, daß das eine oder andere derselben gelegentlich auch ätiologisch wirksam sein könnte, nicht in Abrede gestellt werden soll.

3. Die schwere bzw. asphyktische Geburt, sowie das Kopftrauma können gelegentlich die Rolle eines prädisponierenden (bzw. mitwirkenden) Momentes spielen.

4. Auch in den Fällen mit „*Ätiologie*“, d. h. mit einem der unter „1“ angeführten ätiologischen Momenten, begegnen wir sehr

häufig prädisponierenden Momenten; ob oder in wie weit dies die Regel ist, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten werden.

5. In der Mehrzahl aller Fälle ohne „Ätiologie“, in welchen eine genaue Anamnese erhoben worden ist, waren mehrere prädisponierende Momente nachweisbar, und *Freud* hat ganz recht, wenn er das Konkurrieren mehrerer derartigen Momente für beachtenswert hält.

6. Der traumatischen zerebralen Kinderlähmung kann vorläufig eine Sonderstellung nicht eingeräumt werden.

7. Die nervöse Belastung, wie der Potus des Vaters, nehmen eine ziemlich hervorragende Stellung unter den prädisponierenden Momenten ein.

8. Eine noch größere Bedeutung kommt familiären Kachexien zu.

9. Speziell erscheint das Vorkommen von Phthise in der Aszendenz beachtenswert.

10. Hingegen ist das Vorkommen von Lues in der Aszendenz von keinem nachweisbar erheblichen Einfluß auf das Zustandekommen von zerebralen Kinderlähmungen. —

Mit Rücksicht auf die letzte These konnte ich später bei zunehmender Erfahrung meinen sehr vorsichtigen Standpunkt etwas modifizieren. Ich hatte ja niemals gezweifelt, daß die Lues der Eltern sehr wahrscheinlich zu den ätiologischen Momenten der zerebralen Kinderlähmung gehörte, indessen verfügte ich über keinen Fall, welcher mir zu beweisen schien, daß alle andern Momente im Gegensatze zur Lues mit einiger Berechtigung ignoriert werden konnten.

In einer kurzen Mitteilung¹⁾ habe ich dann über drei einschlägige Fälle berichtet, von denen namentlich der dritte besonders klar dalag, und im Anschluß an dieselben beschrieb ich noch vier Fälle von einfacher Idiotie, welche zu meinen „Übergangsformen“ gehörten.

¹⁾ Über Lues als ätiologisches Moment bei zerebraler Kinderlähmung. (Neurol. Zentralblatt 1900 No. 7.) S. auch: On Pupillary Anomalies in Paralyzed and Non-Paralyzed Idiot Children, and Their Relation to Hereditary Syphilis. (Journal of Mental Science July 1900).

In vielen Fällen, wie auch aus der vorliegenden Arbeit hervorgehen wird, werden wir der Lues nicht mit Bestimmtheit den Rang eines ätiologischen Momentes erteilen, sondern ihr nur eine prädisponierende bzw. mitwirkende Rolle zuerkennen können. —

Wir wollen nun zunächst die Resultate unserer Untersuchungen einer statistischen Betrachtung unterwerfen, und sodann sehen, was uns der Vergleich mit den korrespondierenden Befunden bei den zerebralen Kinderlähmungen lehrt.

Ausgesucht aus unserem großen Materiale habe ich 260 Fälle (gegenüber 70 Fällen von zerebraler Kinderlähmung).

Anamnestiche Angaben.

1. Wilhelm Arch., 15 Jahre. Eltern und Geschwister des Patienten haben schwer gelernt. Patient das 2. von 3 Kindern, die Geschwister gesund. Geburt leicht. Sprechen und Gehen zur gewöhnlichen Zeit gelernt. Mit 2½ Jahren überfahren, Kopf schwer gequetscht, war 14 Tage bewußtlos, lernte schwer, geistig sehr beschränkt, Neigung zum Stehlen.

2. Fritz B., 10 Jahre, vor der Ehe geboren. Mutter „nervös“, hat congenitalen Tremor: Tremor bei mehreren Familienmitgliedern. Schreck während der Gravidität. Geburt schwer, spontan, keine Asphyxie, Sprechen und Gehen zur normalen Zeit. Im 4. Jahre epileptische Krämpfe, verlor die Sprache: seitdem stottert Patientin und ist schwach im Kopf.

3. Franz Ba., 14 Jahre. Muttersvater † an Gehirn- und Rückenmarksleiden (Taboparalyse). Patientin 1. Kind: 2 gesunde Geschwister, keine Aborte. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind schwächlich. Lernte nie deutlich sprechen, kam nur bis zur 5. Klasse.

4. Walter Bo., 8 Jahre. Keine Heredität. 2. Kind, ältestes † 3¼ Jahre alt an Pneumonie, 3. gesund, aber nicht sehr begabt, keine Aborte. Schwangerschaft und Geburt normal. Rachitis, hat nie ordentlich sprechen gelernt. Somatisch auffallende Symptome: Exophthalmus.

5. Ernst Bo., 8 Jahre. Keine Heredität. 6 Geburten, 5 Aborte zwischendurch, meistens im 2. Monat. 2 Kinder † an Scharlach und Gehirnentzündung. 4 Kinder leben. Patient 3. Kind, andere gesund. Patient im 7. Monat geboren. Mutter machte während der Schwangerschaft körperlich und psychisch viel durch. Patient hat nie sprechen gelernt. Gehen mit 2½ Jahren.

6. Otto Br., 9 Jahre. Mutter starb an Phthise. Vater leidet an Carcinom ventriculi, mäßiger Potus. 9 Kinder, 0 Aborte. 4 Kinder starben jung, 4 Kinder gesund. Patient das neunte. Mutter bereits phthisisch während Schwangerschaft, Geburt normal. Kind schwächlich. Schwachsinn von den Eltern erst entdeckt bei der Einschulung.

7. Sigmund Be., 10 Jahre. Drei Brüder des Vaters starben an Phthise. ein 4. Bruder lebt, auch Phthisiker. Eltern †. Schwangerschaft und Geburt

normal. Rachitis. Schwachsinn erst im 6. Jahre konstatiert, als Patient noch immer nicht ordentlich sprechen lernte.

8. Richard Eu., 12 Jahre. Vater Potator strenuus, dement, entmündigt. 6 Kinder. 1. † an Skrofeln, 4 lebende Geschwister skrofulös. Patient 5. Kind, von Geburt an kränklich; besuchte die Schule nur 14 Tage lang.

9. Alfred Wü., 11 Jahre. Keine Heredität. 5 Geburten, dann 1 Abort, 2 Kinder gesund, Patient 3. Kind, idiotisch geboren. Somatische Abnormitäten: Chorea levis, herabgesetzte Sensibilität, gesteigerte Kniephänomene.

10. Erich Fö., 10 Jahre. Keine Heredität. 2 Geburten, dann 1 Abort im 3. Monat. Patient 2. Kind, das andere †. Normal bis 6. Monat, dann epileptische Krämpfe, die noch vorhanden; lernte sehr schwer.

11. Willi F., 8 Jahre. Vater mäßiger Potator. Mutter als Mädchen Lues. 5 Geburten und 3 Aborte (vor der Geburt der Patientin der erste Abort im 3. Monat, der 2. im 7. Monat, totfaul). 3 Kinder † jung. Patientin das 6. Kind, das andere lebende gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Nie deutlich sprechen gelernt. Früher viel Ohrenlaufen beiderseits. Somatisch bemerkenswert: Rechts leichte Ptosis. Optici atrophisch verfärbt, Pupillenreaktion auf L. u. C. beiderseits fehlend.

12. Paul Fr., 13 Jahre. Vater aus phthisischer Familie, † an Phthise. Großmutter epileptisch, Urgroßmutter † durch Suicidium. 5 Geburten. 1. Kind † intra partum, 2 † an Gehirnentzündung, das andere lebende Kind ist skoliotisch und hat Knochenfraß gehabt. Schwangerschaft und Geburt normal. In der 5. Woche epileptische Krämpfe, seitdem idiotisch. Somatisch: Rechts Beweglichkeitsdefekt des Auges nach oben (von den Angehörigen nie bemerkt).

13. Richard Fr., 8 Jahre. Vater starb an Wassersucht, Potator strenuus. Mutter leidet an „angeborenem“ Luftröhrenkatarrh. 3 Geburten, 0 Aborte. Patientin 3. Kind. 1 Kind † an Krämpfen, 1 Kind gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 5 Wochen epileptisch bis zum 2. Jahre, Sprechen mit 5 Jahren.

14. Adolf Fr., 7 Jahre. Vater tuberkulös, Mutter gesund. 4 Geburten. 0 Aborte. Patientin 2. Kind, übrigen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal, mit Icterus neonatorum, bald darauf Brechdurchfall, immer kränklich. geistige Entwicklung = 0.

15. Paul F., 9 Jahre. Vater mäßiger Potator, sonst keine Heredität. 4 Kinder, 1 Abort (= 1. Entbindung im 6. Monat). Patient 5. Kind: alle andern † an Masern und Brechdurchfall. Schwangerschaft und Geburt normal. Somatisch bemerkenswert: Hasenscharte, Chorea levis, Kind von Geburt an idiotisch.

16. Otto Ger., 8 Jahre. Vater † an Herzleiden, sonst Heredität = 0. 8 Kinder, 0 Aborte. 4 Kinder † klein, 3 gesund. Patient letztes Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Rachitis, mit 5 Jahren gehen lernen. Hat nie ordentlich sprechen gelernt.

17. Erwin G., 4 Jahre. Keine Heredität, 2 Kinder, 0 Aborte, Patient 1. Kind, das andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Vom

4. Monat ab $3\frac{1}{2}$ Jahre lang epileptisch. Die Anfälle traten auf 14 Tage nach dem Patient an einem Blutschwamm an der Stirne operiert worden war.

18. Karl Gr., 17 Jahre. Vater wahrscheinlich an Taboparalyse †. 4 Kinder. 1 Frühgeburt im 7. Monat zwischen 1. und 2. Kinde, 2 Kinder †, 1 lebende Schwester gesund. Patientin 1. Kind. Geburt schwer in Narkose (Zange), der Kopf zu groß, im 3. Monat bemerkt. Lernte schwer. Somatisch bemerkenswert: Hydrocephalus, Strabismus convergens, (im 3. Monat bemerkt) Nystagmus und Tremor.

19. Otto Ro., 7 Jahre. Vater mäßiger Potator, sonst keine Heredität. 6 Kinder, 4 Aborte (= erst: 2 Totgeburten im 6. Monat, dann 5 lebende Kinder, dann 2 Aborte im 4. Monat). 3 Kinder †. Patient Siebenmonatskind, geboren mit Atresia ani. Im 7. Monat epileptisch bis zum 3. Jahre. Rachitis. Sprechen mit 4—5 Jahren. Idiotisch von Geburt an.

20. Hermann G., 15 Jahre. Heredität = 0. 5 Kinder, 0 Abort. 1 Kind †. Patient 1. Kind, die anderen Geschwister †. Schwangerschaft und Geburt normal. Immer schwächlich. Gehen und Sprechen mit 3 Jahren. Somatisch: Athetose (von der Umgebung nie bemerkt).

21. Alexander Sp., 15 Jahre. Vater sehr imbezill. Sonst Heredität = 0. Patient 1. Kind, 2 Kinder † an Zahnkrämpfen, 0 Aborte. Schwangerschaft normal. Geburt asphyktisch. Schwachsinn fiel den Eltern erst auf, als Patient zur Schule ging.

22. Franz S., 15 Jahre. Vater und dessen Bruder Potator strenuus, des letzteren Sohn geisteskrank. Patient 10. Kind von 11; 9 † jung an Brechdurchfall Gehirnentzündung, das 11. lebt, ist in Dalldorf und leidet an Epilepsie Schwangerschaft und Geburt normal. In der Schule kam Patient nicht vorwärts.

23. Karl Sch., 9 Jahre. Vater Potator strenuus, sonst keine Heredität. 8 Kinder; nach dem 3. 2 Aborte im 7. und 9. Monat, beide Kinder syphilitisch. 5 Kinder † jung. Patient 2. Kind; beide anderen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Im 2. Jahre Strabismus convergens sin. Gehen und Sprechen mit 3 Jahren. Mit $1\frac{1}{2}$ Jahren Scharlach und Diphtheritis; erst seitdem angeblich geistig schwach. In der Schule nichts gelernt.

24. Max S., 12 Jahre. Vater geisteskrank in Irrenanstalt. Mutter „liederlich“. 4 Kinder, 0 Abort. Patient 4. Kind, die andern starben an Krämpfen und Bräune.

25. Adalbert St., 12 Jahre. Uneheliche Geburt, einziges Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Geistige Schwäche angeboren. Chorea levis.

26. Hermann Sch., 14 Jahre. Heredität = 0. 6 Kinder, dann 3 Aborte. Patient 2. Kind. Das 3. „geisteskrank“, die übrigen jung †. Schwangerschaft und Geburt normal. Patient angeblich normal bis zum 3. Jahre, wo er epileptische Krämpfe bekam, die noch bestehen. Somatisch: Pupillenverschluß rechts (angeboren).

27. Alfred Sch., 7 Jahre. Vater Potator strenuus. 2 Kinder. Patient das erste, das andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Im 4. Jahr

„Stimmritzenkrämpfe“. Schwachsinn erst bei Schulbesuch bemerkt. Laufen mit 3 Jahren. Sprechen zur gewöhnlichen Zeit.

28. Paul Schw., 8 Jahre. Vater starb an Dementia paralytica, mäßiger Potator, Mutter gesund, nicht belastet. 5 Kinder, 6 Aborte, meist im 8. Monat, 3 Kinder † jung. Patient vorletztes Kind; 1 Kind (das 9.) lebt, gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit $\frac{3}{4}$ Jahren epileptisch bis zum 5. Jahre. Gehen mit 4 Jahren (Rachitis), hat nie gesprochen.

29. Fritz Sch., 7 Jahre. Vater † an Dementia paralytica in Charité, war Potator. 6 Kinder, 2 Aborte (a. 1. Geburt im 3. Monat, 3. Geburt im 6. Monat, totes Kind), 3 Kinder † an Krämpfen, Diphtherie und Hydrops. Patient das 4. Kind, das andere lebende Kind ist „sehr begabt“, gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Im 10. Monat fiel bereits eine abnorme Apathie auf, die progressiv wurde.

30. Richard St., 7 Jahre. Vater mäßiger Potator, sonst keine Heredität. 11 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder † an Zahnkrämpfen und Diphtherie. Patient 7. Kind. Der älteste Sohn epileptisch, hat aber 2 gesunde Kinder. Die übrigen 7 Kinder gesund. Patient angeblich gesund bis zum 3. Jahre, wo er Chorea bekam, die 1 Jahr anhielt, daran schlossen sich epileptische Krämpfe. Seit der Zeit auch Abnahme der geistigen Kräfte.

31. Franz Th., 12 Jahre. Mutter seit 12 Jahren „nervenschwach“, sonst Heredität = 0. 8 Kinder, 0 Aborte. 3 Kinder †. Patient 3. Kind, die anderen jetzt gesund. Das älteste vom 5. Monat bis 11. Jahr epileptisch. Schwangerschaft und Geburt normal. Vom 7. bis 19. Monat epileptisch, im 4. Jahre Masern, dann wieder einige epileptische Anfälle. Im 6. Jahre Scharlach. Sprechen mit 3 Jahren. Schwachsinn erst beim Eintritt in die Schule bemerkt. Somatisch: Schichtstaar.

32. Hermann T., 11 Jahre. Lues in der Aszendenz wahrscheinlich. 7 Kinder, 5 Aborte. Patient 7. Kind (vor diesem 2 Aborte und nach ihm 3 hintereinander). 2 Kinder † jung. Während der Gravidität starke Gemüts-erregungen und in der letzten Zeit fiel die Mutter einmal stark auf mit dem Unterleib. Geburt normal. Kind hatte fortwährend Schnupfen und an Hand und Fußsohlen Ausschlag. Die Mutter meinte, das Kind sei verbrüht gewesen, so große Blasen habe es an den genannten Stellen gehabt. Der Kopf sah bei der Geburt breit und beulig aus. Als das Kind 13 Monate alt war, wurde Hydrocephalus diagnostiziert. Gehen mit 3 Jahren. Sprechen mit 4 Jahren.

33. Otto Gen., 8 Jahre. Keine Heredität. 2 Kinder, 1 Abort (1. Geburt im 5. Monat). Patient 2. Kind, das andere Kind gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 10 Wochen Epilepsie, die noch vorhanden ist. Wutanfälle. Mit $1\frac{1}{2}$ Jahren auffallende Verblödung, hat fast garnicht sprechen gelernt.

34. Walter Tr., 15 Jahre. Bis zum 4. Jahre normal. Dann Trauma capitis (Pferdehuf), seitdem idiotisch.

35. Hermann Sp., 15 Jahre. Eltern getrennt. Patient einziges Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Lernte schwer, moralisch verkommen. Schwachsinn wahrscheinlich angeboren.

36. Hans T., 8 Jahre. Keine Heredität. 2 Kinder, 0 Aborte. Patient 2. Kind, das älteste lernt schwer (Gehirnentzündung nach Scharlach). Im 7. Schwangerschaftsmonat rutschte die Mutter auf einer Eisenplatte aus und stürzte hin. Geburt normal. Kind von Geburt an stumpf. Mit 1½ Jahren einmal 1 Krampfanfall.

37. Wilhelm P., 17 Jahre, Vater nervös, Tremor congenitalis. 10 Kinder, 2 Aborte im 3. Monat zwischen dem 2. und 3. Kind. 5 Kinder † (Scharlach, Zahnkrämpfe, Bronchitis, Darmkatarrh). Patient 5. Kind; anderen Kinder gesund. Vor der Schwangerschaft hatte die Mutter Blinddarmentzündung. Während der Schwangerschaft immer Schmerzen im rechten Hypochondrium. Geburt normal. Kind schwächlich. Mit 4 Wochen Stimmritzenkrampf.

38. Erich V., 11 Jahre, Mutter anämisch, Vater Soldat. Geburt unehe-
lich, schwer, Asphyxie. Während Schwangerschaft viel Sorge und Kummer,
mußte darben. Patient hat immer viel Kopfschmerzen gehabt, hat oft Angst-
zustände. Schwachsinn angeboren.

39. Erich W., 16 Jahre. Vater Potator strenuus und roh. Mutter wäh-
rend der Schwangerschaft „gemütsleidend“. Muttersvater geisteskrank und †
durch Suicidium. Geburt schwer. Mit 3 Jahren gehen, mit 9 Jahren sprechen
lernen.

40. Richard W., 16 Jahre. Keine Heredität. 6 Kinder, 2 Aborte im
2. Monat zwischen 2. und 4., und 4. und 6. Geburt. Patient 1. Kind, 2 andere
Kinder gesund. Schwangerschaft normal. Geburt mittelschwer. Angeblich
gesund bis zu 2½ Jahren; damals bekam er Krämpfe, fiel vom Stuhl, er-
schreckt über den plötzlichen Eintritt in das dunkle Zimmer der Großmutter.
Epileptisch bis zum 7. Jahr; später Schreianfälle. Er schreit dann: „Krankheit
kommt“ und bekommt Angst. Lernte nichts.

41. Richard Sch., 16 Jahre. Keine Heredität. 9 Kinder, 0 Aborte. 6
Kinder †, Patient letztes Kind. 2 lebende Geschwister auch schwächlich.
Patient Achtmonatskind. Mit 1 Jahr epileptisch bis zum 4. Jahr. Im 13. Jahr
Fall auf den Hinterkopf und Gehirnentzündung, darauf ca. ½ Jahr lang „ver-
stört“, bekam „Verfolgungswahn“, die Schutzleute verfolgten ihn. Das ging
vorüber.

42. Paul W., 13 Jahre. Vater † an Phthise, sonst keine Heredität. 8 Kin-
der, alle mit Ausnahme des Patienten (3. Kind) totgeboren (4. bis 7. Monat).
Lues negatur (!). Mutter ist zum zweitenmal verheiratet und hat von dem
gesunden Ehemann eine Totgeburt im 7. Monat gehabt. Geburt schwer (Steiß-
geburt). Keine Asphyxie. Sprechen lernen mit 4 Jahren.

43. Emil W., 10 Jahre. Vater zweimal in Irrenanstalt. Mutter gesund.
4 Kinder, 0 Aborte. Patient 2. Kind. 1 Kind † an Zahnkrämpfen, die anderen
gesund. Patient angeblich normal bis zum 3. Jahre. Dann geistige Schwäche
im Anschluß an Windpocken, Masern und Nephritis.

44. Friedrich W., 13 Jahre. Patient 1. Kind, übrigen Geschwister ge-
sund, lernen gut. Während der Schwangerschaft im 3. Monat bekam die
Mutter einen Stoß gegen den Unterleib. Geburt schwer, asphyktisch. Während

der ersten 4 Wochen epileptische Anfälle, die dann nicht wieder auftraten. Im 4. Jahre Chorea. Sprechen lernen mit 3 Jahren, Gehen mit 5 Jahren.

45. Emil W., 18 $\frac{1}{4}$ Jahre. Muttersbruder epileptisch, sonst Heredität = 0. 4 Kinder, 1 Kind † an Trismus, 1 an Auszehrung, 1 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 9 Monaten Rachitis und Epilepsie (4 Tage lang); mit 4 Jahren gehen lernen, mit 5 Jahren sprechen gelernt.

46. Karl Z., 9 Jahre. Heredität = 0. 5 Kinder, dann 3 Aborte. Patient 2. Kind. 1. und 5. gesund, 3. skrofulös. Während der Schwangerschaft erlitt Mutter „Zerrung der Mutterbänder“. Geburt normal. Mit 6 Jahren Scharlach und Diphtheritis, darnach Chorea. Nie ordentlich sprechen gelernt.

47. Alfred Z., 11 Jahre. Mutter Diabetes, sonst Heredität = 0. 10 Kinder. 0 Aborte, 3 Kinder †. Patient 7. Kind. Die übrigen gesund. Schwangerschaft normal, Geburt dauerte sehr lange. Bei der Beschneidung „zu großer Blutverlust“, wird von den Eltern als Ursache der Idiotie angesehen. Sprechen lernen mit 5 Jahren.

48. Max Z., 20 Jahre. Vatersbruder epileptisch; 9 Kinder, 1 Abort. 3. und 9. Kind † jung, die anderen normal. Patient 1. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie fiel schon im 1. Jahre auf. Somatisch: Chorea.

49. Georg H., 13 Jahre. Vater Potator strenuus, sonst keine Heredität. 5 Kinder, 2 Aborte (5. und 7. Geburt im 2. und 3. Monat). 2 Kinder † jung an Abzehrung und Gehirnhautentzündung. Patient 2. Kind; die beiden anderen normal. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 2 Jahren „Zahnkrämpfe“. Lernte nie ordentlich sprechen.

50. Paul H., 8 Jahre. Vatersvater † durch Suicidium. Sonst keine Heredität. 3 Kinder. Das 1. epileptisch, 2. † jung, Patient das 3. Schwangerschaft und Geburt normal. Geistige Schwäche angeboren.

51. Waldemar H., 10 Jahre, Vater mäßiger Potator, keine Heredität. 6 Kinder, 0 Aborte; Patient 4. Kind. die übrigen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Lernte nie ordentlich sprechen.

52. August H., 16 Jahre. Vater Potator strenuus und syphilitisch, infizierte die Mutter. Mutter aus phthisischer Familie, 18mal gravida. 5 Aborte (1., 6., 13., 14., 18. Geburt). 8 Kinder † jung an Schwäche, Brechdurchfall, Gehirnhautentzündung und Diphtherie (2., 3., 4., 8., 9., 10., 11., 16. Kind). Das 5. Kind ist ein epileptischer Idiot. Das 12., 15., und 17. angeblich gesund. Patient das 7., Schwangerschaft und Geburt normal. Epileptische Anfälle seit der Geburt. Mit 6 Jahren sprechen lernen.

53. Willi H., 9 Jahre. Muttersbruder und -schwester epileptisch; 1 Kind der letzteren auch epileptisch. Mutter „nervös“. 11mal gravida. 3 Frühgeburten (7., 8. und 11.), 4 Kinder † an Krämpfen (1., 3., 5. und 10.). 1 † an Abzehrung. No. 8 ist imbezill und verwachsen; nur das 2. ist normal. Patient das 4. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Sorge und Gram. Geburt normal. Patient mit Hydrocephalus geboren, hat nie ordentlich sprechen gelernt.

54. Paul H., 5 Jahre. Keine Heredität. 8 Kinder, 2 Aborte (2. und 3. Geburt im 4. und 6. Monat). 2 Kinder starben an Schwäche und Zahnkrämpfen. 5 Kinder gesund. Patient 2. Kind. Angeblich bis zum 3. Jahre ganz normal. Damals biß ihn ein Hund in die Lippe; er verlor die Sprache ganz und mußte wieder sprechen lernen, seitdem imbezile. Mutter glaubt, er habe bei dem Nähen der Lippe zu viel Chloroform bekommen.

55. Georg H., 6 Jahre. Heredität = 0. 2 Kinder, 0 Aborte. Patient 1. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Bis zum 8. Monat normal. dann 5 Monate lang epileptisch. Nach Aufhören der Anfälle nahmen die geistigen Kräfte ab.

56. Paul G., 11 Jahre. Heredität = 0. 5 Kinder, 0 Aborte; 4 Kinder ganz normal. Schwangerschaft: Mutter fiel einmal mit großer Gewalt auf den Unterleib. Geburt im 8. Monat, sonst normal. Kind schwächlich, Haut stark glänzend und gerötet, stieß sich in größeren Fetzen, namentlich an den Fußsohlen, ab, dabei schrie das Kind fast unaufhörlich bis zum 4. Monat. Im 1. Jahr auch epileptische Anfälle bis zum 7. Jahr. Im 1. Jahre auch Ohrenlaufen rechts. Mit $3\frac{1}{2}$ Jahren gehen, mit $5\frac{1}{2}$ Jahren sprechen.

57. Franz J., 9 Jahre. Keine Heredität. 8 Kinder, 0 Aborte. 1 Kind hatte 3 Jahre lang Chorea, 1 Kind vorübergehend epileptisch, 1 † an Darmkatarrh. Patient 7. Kind, die übrigen normal. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 7 Wochen bereits rachitische Erscheinungen. Mit 2 Jahren gehen. Schwachsinn erst beim Eintritt in die Schule bemerkt.

58. Hugo Kr., 11 Jahre. Vater licherlich. Mutter während der Gravidität viel Ärger. Geburt normal. 1. Kind, 1 Kind †, 2 gesund. Patient angeblich normal bis zum 6. Monat, denn Epilepsie bis zum 3. Jahre. Im 7. Jahre Wiederauftreten der Epilepsie. Mit $1\frac{1}{2}$ Jahren Rachitis. Mußte die Schule im 8. Jahre wegen der Anfälle verlassen.

59. Paul K., 13 Jahre. Mutter stottert, hat Ascites, früher immer gesund. Vater mäßiger Potator. 3 Kinder, 1 Abort (1. Geburt im 2. Monat). 2 Kinder jung †; das andere Kind gesund. Patient das 2. Kind. Schwangerschaft normal. Geburt sehr schwer, asphyktisch. Sprechen erst mit 3 Jahren, hat immer gestottert. Lernete nichts.

60. Oskar K., 1 Jahre. Vater gesund. Mutter hat 3 Stiefbrüder, von denen 1 Idiot, der 2. Potator und der 3. geisteskrank in Dalldorf ist. 2 Kinder. 0 Aborte. Patient 2. Kind; das älteste gleichfalls idiotisch. Patient idiotisch von Geburt an.

61. Otto K., 8 Jahre. Uneheliche Geburt (Vater soll ein gesunder Mensch sein). Während der Schwangerschaft hat sich die Mutter stark geschnürt. In der Ehe ein gesundes Kind; nach dem Tode des Mannes noch ein gesundes uneheliches Kind. Gehen und Sprechen lernte Patient mit 4 Jahren.

62. Paul K., 7 Jahre. Vater Phthisiker, früher Potator strenuus, Tripper und Bubo. Sonst keine Heredität. 9 Kinder, 0 Aborte. 5 Kinder † an Brechdurchfall, Diphtheritis. Patient 9. Kind, die anderen Kinder gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind kräftig. Schwachsinn angeboren.

63. Georg L., 16 Jahre. Mutter imbezill. Vater starb an Phthise. 6 Kinder. 3 Aborte (1. vor der Geburt des Patienten). 5 Kinder †. Patient 5. Kind. Schwangerschaft normal; Geburt schwer. Schwachsinn angeboren.

64. Emil L., 11 Jahre. Vater Potator strenuus; Mutter in der Jugend 1 Jahr lang epileptisch. 12 Kinder, 0 Aborte. Patient 10. Kind. 2. und 6. Kind † (Trismus und Gehirnentzündung). 1 Kind schwächlich, die übrigen normal. Schwangerschaft und Geburt normal.

65. Karl L., 12 Jahre. Ein Vetter des Patienten Idiot. 2 Kinder, 1 gesund. Patient normal bis 2 Jahre, dann Trauma capitis; seit dem 6. Jahre epileptisch.

66. Max L., 9 Jahre. Vaters Geschwister † alle an Krämpfen. Vater leidet an „Skrofeln“. Mutter phthisisch. 4 Kinder, 3 Aborte (die letzten Geburten). 2 Kinder † an Abzehrung. Patient 2. Kind, das andere ist skrofulös. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Kummer und mußte darben. Geburt normal. Schwachsinn angeboren.

67. Nehemias L. Mutterschwester imbezill, sonst keine Heredität. 17 Kinder, dann 2 Aborte. Patient 6. Kind. 7 Kinder †. Das 12. ist imbezill, die übrigen gesund. Schwangerschaft normal. Steißgeburt. Vom 2. Jahre an Epilepsie. Im 5. Jahre Variola, wobei sich Gehör und Sprache verlor; im selben Jahre auch Gehirnentzündung. Seit der Zeit ganz stumpf.

68. Sally L., 13 Jahre. Muttersmutter † an Phthise; sonst keine Heredität. 7 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder † an Meningitis und Brechdurchfall. Patientin 4. Kind. 1 imbezill; die anderen normal. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Kummer und Sorge. Geburt normal. Kind von Geburt an stumpf.

69. Paul L., 13 Jahre. Keine Heredität. Patient 1. Kind, Geschwister normal. Während der Schwangerschaft erlitt die Mutter einen intensiven Schreck über den Anblick eines angetrunkenen, stark blutenden Mannes spät abends auf dem Korridor. Geburt normal. Kind war immer äußerst ängstlich, schreckhaft, oft epistaxis. Im 1. Jahre Epilepsie. Idiotie angeboren.

70. Fritz L., 19 Jahre. Vater aus phthisischer Familie, selbst phthisisch. Mutter gesund. 9 Kinder, 0 Aborte. 6 Kinder † jung. Patient 1. Kind, die beiden andern gesund. Schwangerschaft: im 4. Monat stürzte die Mutter die Treppe hinunter. Geburt normal. Schwachsinn angeboren. Sprechen mit 9 Jahren. Im 5. Jahre ein isolierter epileptischer Anfall.

71. Adolf v. L., 5 Jahre, Vater † an Phthisis. 6 Kinder. 2 † an Abzehrung. Patient 3. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. In der 3. Woche Eczema capitis. Seit dem 2. Jahre epileptisch. Erst im 4. Jahre fiel der Schwachsinn auf.

72. Otto L., 5 Jahre. Heredität = 0. 5 Kinder, Patient das letzte. 3 Kinder leben, gesund, 2 Kinder (Zwillinge) † jung. Viel Kummer während der Schwangerschaft. Geburt normal. Gehen und Sprechen mit 3 Jahren.

73. Hermann L., 12 Jahre. Keine Heredität. 4 Kinder, 2 Aborte im 3. und 4. Monat. Mit 2 Jahren Epilepsie. Schwachsinn angeboren.

74. Otto Ma., 17 Jahre. Vater dement nach Typhus mit „Kopfkämpfen“. † durch Suicidium. Sonst keine Heredität. 9 Kinder, 5 † an Zahnkrämpfen. Patient 1. Kind, die andern normal. Schwangerschaft normal. Geburt im 8. Monat. Mit 6 Wochen Blasen an den Füßen, die von selbst heilten. Seit dem 11. Jahre epileptisch.

75. Max M., 16 Jahre. Mutter † an Phthisis; ebenso deren Mutter. Vater Potator strenuus, verschollen. 6 Kinder, Patient das 1., vor der Verheiratung geboren. 3 Kinder tot, 2 normal. Schwachsinn angeboren. Gehen mit 5 Jahren, Sprechen mit 12 Jahren.

76. Paul M., 16 Jahre. Keine Heredität. 6 Kinder, 0 Aborte. Patient 3. Kind, 2 ältere Mädchen „treiben sich herum“, trotz „guter Erziehung“. 1 normal, 2 †. Mutter starb im letzten Wochenbett, Geburt normal. Sprechen mit 4 Jahren. Gehen mit 5 Jahren. Mit 5 Jahren Masern, diese sind ihm auf den Kopf geschlagen (!?).

77. Fritz M., 8 Jahre. Uneheliche Geburt. Geburt normal. Vater mäßiger Potator. Mutter „nervenschwach“. Patient 2. Kind; ältestes „nervenschwach“. Mit 3 Jahren Fall des Kindes, über den nichts genaueres bekannt ist. Mit 4 Jahren fiel es der Mutter auf, daß das Kind grimassierte. Vor einigen Wochen fiel es auf, daß das Kind Monologe hielt, sich mit dem Ofen unterhielt, wollte sich aufhängen, sagte: „Ich bin immer krank, ich werde nicht wieder gesund, ich möchte tot sein.“

78. Leopold M., 7 Jahre. Vatersvater geisteskrank, Vater in Dalldorf. 7 Kinder, 3 Aborte. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotisch von Geburt an.

79. Max M., 12 Jahre. Muttersmutter geisteskrank. Mutter ist in trunkenem Zustande geschwängert worden. Uneheliche Geburt. Schwangerschaft und Geburt normal. Von Geburt an idiotisch. Somatisch: Nystagmus.

80. Karl M., 11 Jahre. Heredität = 0. 9 Kinder, 0 Aborte. Patient 6. Kind, andern normal. Schwangerschaft und Geburt normal. Von Geburt an schwächlich. Im 4. Monat Scharlach.

81. Karl M., 9 Jahre. Vater an Phthise †, Potator strenuus. 5 Kinder, 0 Aborte. 3 Kinder † (jung). Patient 5. Kind; das andere normal. Schwangerschaft und Geburt normal, schwächliches Kind. Mit 14 Monaten „skrofulöse“ Geschwüre auf dem Kopf, Fingern und Händen. Schwachsinn angeboren.

82. Max R., 16 Jahre. Vater † an Phthise; seine Mutter an „Drüsenkrankheit“. 5 Geburten (1 Zwillingpaar), 0 Aborte. 4 Kinder † (darunter die beiden Zwillinge, 1 Sohn † an Typhus, 12 Jahre alt, und 1 Tochter, 30 Jahre, an Phthise). Patient jüngstes Kind; das andere Kind hat an Skrofeln gelitten, ist jetzt gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Schwachsinn angeboren.

83. Otto P., 11 Jahre. Mutter kränklich; sonst Heredität = 0. 2 Kinder. 0 Aborte. Patient 1. Kind; die andern gesund. Schwangerschaft normal. Geburt ?. Mit 1 Jahr epileptisch bis zum 5. Jahre. Sprechen lernen im 5. Jahre.

84. Walter P., 6 Jahre. Vater seit dem 16. Jahre herzkrank; sein Bruder ein „nervöser Mensch“. Vatersmutter † an Phthise; ebenso sein Bruder und seine Schwester. 3 Kinder, 0 Aborte. Patient letztes Kind; die andern normal. Geburt sehr schwer, „der Beckenknochen hat das Kind über die eine Kopfhälfte geschnitten, sodaß es geblutet hat.“ Nach 24 Stunden 8 Tage lang Krämpfe; auch jetzt noch epileptisch. Somatisch: Mikrocephalus.

85. Martha A., 10 Jahre, Vater Potator strenuus, hatte im späteren Leben hysterische Anfälle (Weinkrämpfe). Mutter gesund. Muttersmutter litt viel „an den Nerven“. Ein Vetter der Mutter war 2 Jahre in einer Irrenanstalt. 12 Kinder, 0 Aborte, 10 Kinder starben meist jung. Patientin 9. Kind, das andere jüngste Kind ist schwächlich, lernt aber gut. Während der letzten 3 Monate der Schwangerschaft war die Mutter viel krank. Geburt normal, Sprechen und Gehen mit 3 Jahren. Patientin immer kränklich; seit dem 4. Jahre „sehr komisch“; in der Schule schlief sie immer.

86. Margarete B., 9 Jahre. Heredität = 0. 4 Kinder, 0 Aborte. Patientin 1. Kind. anderen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Patientin von Geburt an „sehr nervös“. Mit 3½ Jahren sprechen.

87. Ida B. Heredität = 0. 5 Kinder. 1 Frühgeburt. 1 Kind † an Krämpfen, 2 (Zwillinge = 5. Geburt) kamen im 5. Monat tot zur Welt. Patientin 3. Kind, die anderen 3 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Im 2. Jahre fiel der Mutter die Stumpfheit des Kindes auf.

88. Berta Br., 5 Jahre. Keine Heredität. 5 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder starben an Keuchhusten. Patientin 3. Kind. Eins der Geschwister ist skrofulös, das andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Seit dem 9. Monat an epileptisch. Sprechen mit 7 Jahren. Gehen mit 6 Jahren.

89. Paul B., 7 Jahre. Muttersvater † an Phthise. Eltern gesund. 5 Kinder, 1 Abort (1 Geburt = Totgeburt im 6. Monat, Zwillinge). 1 Kind † an Hirnentzündung. Patient 3. Kind, die anderen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Vom 11. Monat bis 4. Jahr epileptisch. Mit 4 Jahren sprechen.

90. Karl B., Vater vor 18 Jahren Gonorrhoe, wurde mit Pillen behandelt. Mutter vor der Geburt an Zahnfistel und Knochenfraß operiert. 7 Kinder, 0 Aborte. Patient 5. Kind, 2 † jung, übrigen gesund. Geburt normal. Geistige Schwäche erst im 7. Jahre aufgefallen (!).

91. Marie G., 11 Jahre. Heredität = 0. 8 Kinder, 2 Aborte (im 5. und 7. Monat). 3 Kinder † an Pocken, Masern, Epilepsie. Patientin 8. Kind. 1 Kind epileptisch, die anderen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind schwächlich. Geistig stumpf von Geburt an. Somatisch: Nystagmus.

92. Elisabeth H., 10 Jahre. Vater Potator strenuus, † an Phthisis, verließ seine Frau im 4. Monat der Schwangerschaft. Patientin einziges Kind. Geburt normal, Kind schwächlich, von Geburt an apathisch. Schielt seit dem 6. Jahre. Sehr langsamer Nystagmus rotat.

93. Helene H., 11 Jahre. Keine Heredität, 6 Kinder, 0 Aborte. 1 Kind †. Patientin das letzte Kind; die anderen gesund. Schwangerschaft: 8 Wochen

vor der Geburt fiel die Mutter, hält dies für die Ursache der Idiotie. Stumpf von Geburt an.

94. Emma H., 12 Jahre. Vater geisteskrank in Dalldorf, 2 Vatersschwwestern „nervenleidend“. Mutter epileptisch. 7 Kinder, 2 Aborte (3. und 4. Geburt), 1 Frühgeburt. 2 Kinder † jung. Patientin das letzte Kind; 1 Kind imbezill, die anderen gesund. Geistige Schwäche erst im 5. Jahre bemerkt (?). Schwangerschaft und Geburt normal.

95. Margarete K., 15 Jahre. Vater mäßiger Potator. 7 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder †. Patientin 4. Kind, die anderen gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 1½ Jahren Pneumonie. Mit 6 Jahren sprechen lernen: im 3. Jahre zuerst geistige Abnormalität bemerkt.

96. Agnes K., 12 Jahre. Muttersmutter epileptisch. Sonst Heredität = 0. Patient ältestes von 4 Kindern; die andern gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Im 9. Monat dreimal epileptische Anfälle. Stumpf von Geburt an

97. Gertrud K., 9 Jahre. Keine Heredität. 10 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder † an Pneumonie. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 2½ Jahren Trauma capitis, seitdem idiotisch.

98. Anna K., 10 Jahre. Vaters Mutter hat eine geisteskranke Schwester, deren Sohn auch geisteskrank ist. Vaters Vater hat eine idiotische Schwester. Eltern gesund, sonst keine Heredität. 6 Kinder, 0 Aborte; Patientin letztes Kind. Geburt schwer. Mit 1 Jahr Masern, mit 4 Jahr gehen und sprechen.

99. Clara Kl., 15 Jahre. Vater Potator strenuus, liederlich. 6 Kinder, 0 Aborte, 2 Kinder †, 4 gesund. Patientin letztes Kind. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Nahrungssorgen. Patientin bis zum 10. Monat angeblich normal, dann epileptische Anfälle, die noch vorhanden.

100. Marie K., 11 Jahre. Mutter imbezill, uneheliche Geburt. Vater soll ein „sonderbarer Kauz“ gewesen sein; Sprechen erst mit 4 Jahr.

101. Lina Kr., 8 Jahre. Mutters Mutter, deren Schwester, sowie Mutter der Patientin geistig beschränkt. Vater Potator strenuus. Patientin 1. Kind, ein 2. † 4 Monate alt. Geburt schwer (Zange). Patientin lernte spät sprechen und gehen.

102. Clara K., 14 Jahre. Vater † an Herz- und Lungenleiden. Sonst keine Heredität. 10 Kinder, 0 Aborte. 5 Kinder †. Patientin 10. Kind; die 4 lebenden gesund (3 davon verheiratet). Patientin angeblich ganz normal. bis 2½ Jahr. Damals Fall auf die Stirne, ohne Bewußtseinsverlust. Der Knochen war „eingedrückt“, nach einigen Wochen kam er verdickt heraus wie ein Ei“. Geistige Schwäche erst auf der Schule bemerkt.

103. Margarete L., 14 Jahre. Uneheliches Kind. Mutter hatte später in der Ehe mit einem andern Manne 2 gesunde Kinder. Vater der Patientin Potator strenuus. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Gram und Sorgen. Geburt normal. Im 1. Jahr Zahnkrämpfe; im 6. Jahr noch einmal 1 epileptischen Anfall. Idiotie wahrscheinlich angeboren.

104. Martha M., 13 Jahre. Vater Potator strenuus, lebte mit Mutter in

wilder Ehe. 4 Kinder, 0 Aborte, 3 Kinder †. Patientin 1. Kind. Schwangerschaft, Geburt normal. Mit 3 Monaten „Geschwüre“ im Gesicht, Brust, die spontan heilten. Hat nie ordentlich sprechen gelernt. Somatisch: Markhaltige Nervenfasern (ophth.).

105. Anna G., 17 Jahre. Uneheliche Geburt. Vater † an Phthise. Mutters Schwester epileptisch. 2 Kinder, 0 Aborte, 1 Kind †. Patientin 1. Kind. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Gram. Geburt schwer, asphyktisch. Kind nahm die ersten 14 Tage fast gar keine Nahrung, während der ersten Monate zahlreiche Abszesse am ganzen Körper, hat nie ordentlich sprechen gelernt.

106. Anna R., 16 Jahre. Vater Potator strenuus, 8 Kinder, 1 Abort (1. Geburt in 4½ Monat), 4., 5., 6., 7. und 8. Kind †. Patientin 2. Kind, 2 Kinder gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Geistige Schwäche fiel erst bei Schulbesuch auf (!).

107. Else P., 7 Jahre. Mutter aus phthisischer Familie, † an Phthise. Patientin 7-Monatskind; ein 2. Kind im 8. Monat geboren, † jung. Geburt normal. Geistige Schwäche erst bei Schulbesuch bemerkt.

108. Frieda R., 10 Jahre. Mutters Bruder epileptisch. 8 Kinder, 1 Abort (2. Geburt im 8. Monat). Patientin letztes Kind, 3 Kinder †, 1 Kind gesund. Während der Schwangerschaft viel Kummer. Geburt 14 Tage zu früh, Kind sehr elend, Geburt sonst normal. Geistesschwach von Geburt an.

109. Lina R., 2 Jahre. Vater Potator strenuus. 9 Kinder, 2 Aborte (4. und 11. Geburt) 5 Kinder †, 3 Kinder gesund (eines davon ohne rechte Hand geboren). Patientin 2. Kind. Geburt: Gesichtslage. Von Geburt an geistesschwach. Vom 4. bis 7. Jahr epileptisch.

110. Else Sch., 7 Jahre. Uneheliche Geburt. Schwangerschaft, Geburt normal. Kind ganz normal bis zum 3. Jahr, danach Pneumonie und Diphtherie, seitdem kopfschwach, hat alles Sprechen verlernt.

111. Minna Sch., 17 Jahre. Vater Potator strenuus, mehrfach geschlechtskrank. Mutter war 2mal verheiratet. In der ersten Ehe 3 Kinder, die †; Patientin ist das 3. Kind 2. Ehe, das 1. † an Phthise, das 2. imbecill. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind angeblich normal bis zum 2. Jahr. Danach Masern und Scharlach, seitdem geistig schwächer.

112. Marie Sch., 13 Jahre. Vater „brustleidend“, früher mäßiger Potator. 9 Kinder, 0 Aborte. 4 Kinder †, Patientin 9. Kind, 4 Kinder gesund. Während der Schwangerschaft erlitt die Mutter einen großen Schreck. Geburt normal. Patientin abnorm klein, idiotisch von Geburt an.

113. Luise Sch., 7 Jahr. Heredität = 0. 5 Kinder, 2 Aborte (nach der 3. Geburt im 2. und 3. Monat). Patientin 2. Kind, 2 Kinder † jung, 2 andere gesund. Geburt normal. Sprechen lernen erst mit 4 Jahr.

114. Hedwig Sch., 16 Jahre. Heredität = 0. 10 Kinder, 3 Aborte (die 3 letzten Geburten); 8 Kinder † an Krämpfen und Abzehrung. Ältester Sohn † als Epileptiker in Biesdorf, Patientin 4. Kind, 2 andere gesund. Patientin von Geburt an idiotisch. Mit 14 Jahren epileptisch.

115. Hertha S., 9 Jahre. Vater geistesschwach nach Trauma capitis (vor der Geburt der Patientin), mäßiger Potator, sonst Heredität = 0. Während der Schwangerschaft viel Sorge um den kranken Mann. Geburt normal. 9 Kinder, 1 Abort (10. Geburt im 3. Monat). Patientin 3. Kind; 1 Bruder gesund, 7 Kinder jung † (eines davon Frühgeburt im 8. Monat, totfaul). Mit $\frac{3}{4}$ Jahr epileptisch 1 Jahr lang; idiotisch von Geburt an.

116. Anna Sch., 18 Jahre. Mutter † an Phthise. 3 Kinder, 0 Aborte: 2 Kinder †. Patientin 2. Kind. Mutter hatte ein uneheliches Kind, geistes- schwach. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 4 Jahren noch nicht gesprochen.

117. Anna Sch., 10 Jahre. Vater Epileptiker, mäßiger Potator. 3 Kinder. 3 Aborte. (4., 5. und 6. Geburt), 1 Kind †. Patientin 2. Kind, das einzig noch lebende sehr kränklich. Während der Gravidität viel Sorgen. Geburt schwer. Schon im 6. Monat war die Idiotie deutlich.

118. Clara Sch., 16 Jahre. 1 Bruder der Mutter imbezill, ein anderer Bruder Potator strenuus. Vater Potator strenuus. 10 Kinder, 1 Abort nach der Geburt der Patientin. Patientin 6. Kind. Angeblich normal bis zum 7. Jahr, danach schwere Gehirnerschütterung durch Trauma; seitdem moralische Defecte nach schwachsinnig. Chorea levis.

119. Luise T., 16 Jahre. Heredität = 0. Erstes Kind, 2 andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Normal bis zum 18. Monat. Danach verbrühte sich Patientin die rechte Seite, Heilung nahm $\frac{3}{4}$ Jahr in Anspruch. Gleich nach dem Verbrühen Krämpfe, Veitstanz (bis zum 3. Jahr). Seit der Zeit auch idiotisch.

120. Emma W., 14 Jahr. Vater tot, war liederlich. 6 Kinder. 0 Aborte, 1 Kind †. Patientin das 5., die anderen 4 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Angeblich gesund bis zum 6. Jahre. Damals erblindete Patientin fast ganz (Keratitis interstitialis), der Nasenrücken fiel ein, und sie blieb geistig zurück.

121. Hedwig W., 6 Jahre. Vaters Bruder imbezill; Vater auch imbezill, ebenso die Mutter. 3 Geburten, 2 Aborte (2. und 5. Geburt im 2. und 3. Monat). Patientin 1. Kind; die 2 anderen geistig zurück. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind schwächlich, stumpf von Geburt an.

122. Minna W., 10 Jahre. Vater mäßiger Potator. 9 Kinder, 4 Kinder †. Patientin 3. Kind, die anderen gesund. Patientin angeblich normal bis zum 2. Jahre; dann Hitzschlag, seitdem schwach im Kopf.

123. Clara W., 14 Jahre. Keine Heredität. 13 Kinder, 6 Aborte zwischen- durch, 7 Kinder †. Patientin 10. Kind, die anderen gesund. Bis zum 2. Jahr angeblich gesund; danach gastrisches Fieber, verlor Sprache und Gehör, und blieb idiotisch.

124. Clara Z., 19 Jahre. Vater Potator strenuus, sonst keine Heredität. 8 Kinder, 3 Aborte (die letzten 3 Geburten). Patientin 8. Kind, 6 Kinder †, die anderen lebenden gesund. Während der Schwangerschaft viel Sorgen. Geburt normal. Kind von Geburt an stumpf.

125. Karl F., 4 Jahre. Heredität = 0. 3 Kinder, 0 Aborte. 1. Kind, andern gesund. Geburt normal. Seit dem 5. Monat epileptische Anfälle.

126. Bruno Bl., 4 Jahre. Heredität = 0. 8 Kinder 4 Aborte (nach dem 8. Kind), Geburt schwer, 2 Kinder †. 2 Brüder des Patienten auch idiotisch. 3 Kinder gesund. Patient 8. Kind, idiotisch geboren, seit 5. Monat epileptisch.

127. Else D., 5 Jahre. Vater liederlicher Mensch, sonst keine Heredität. 4 Kinder, 1 Abort (bald nach der Heirat), 2 Kinder †, Geburt normal. Fiel im 1. Jahre aus den Wagen, seitdem idiotisch.

128. Kurt E., 9 Jahre. Mutters Großvater † geisteskrank, sonst keine Heredität. 7 Kinder (3 Aborte zwischendurch im 1. bis 2. Monat). 5 Kinder †. Patient 9. Kind; die anderen lebenden Geschwister gesund. Geburt normal. Kind schwächlich, vom 3. bis 8. Monat epileptisch. Somatisch: Sehnerventrophie.

129. Rosa G., 3 Jahre. Heredität = 0. 7 Kinder, 0 Aborte; 1 Kind †. Patientin 6. Kind. Geburt normal. Normal bei der Geburt. Mit 7 Wochen aus der Wiege gefallen, seitdem Abnahme der geistigen Kräfte; im 9. Monat ärztlich für einen Idioten erklärt.

130. Richard G., 4 Jahre. Uneheliche Geburt. Mutter hysterisch-epileptisch. Mutters Vater Potator strenuus. Geburt normal. Idiotisch geboren.

131. Bruno K., 8 Jahre. Vater mäßiger Potator. 9 Kinder, 3 Kinder †. Patient 8. Kind, andern gesund. Schwangerschaft normal. Geburt dauerte lange. Idiotisch geboren.

132. Elsbeth K., 6 Jahre. Vater Potator strenuus, Mutter „nervös“. 4 Kinder, 1 Abort (nach der Patientin), Patientin 4. Kind. Geburt normal, idiotisch geboren.

133. Martha M., 6 Jahre. Vater Potator strenuus, Epileptiker, Mutter auch Epilepsie. 4 Kinder, (1 Totgeburt 3. Kind) und 2 Aborte (2. und 5. Geburt), 2 Kinder gesund. Patientin. 5 Kind. Geburt normal. Im 6. Monat epileptische Anfälle: idiotisch geboren.

134. Emma M., 15 Jahre. Heredität = 0. 7 Kinder, 0 Aborte. 2 Kinder †. Patientin 4. Kind, die anderen gesund. Schwangerschaft normal. Geburt: Steißgeburt. Vom 2. bis 4. Jahre epileptische Anfälle. Prof. Hensch sagte, das Kind sei bei der Geburt im Nacken lädiert worden.

135. Eduard R., 5 Jahre. Vater Epileptiker. 7 Kinder, 2 Kinder †. Schwangerschaft, Geburt normal. Mit 2 Jahren epileptische Anfälle, die jetzt noch auftreten.

136. Martha Sch., 7 Jahre. Vater in 1. Ehe verheiratet mit Puella, welche an Lues litt. Vater selbst lasterhaft (Dieb). Aus 2. Ehe: 4 Kinder, 0 Aborte. Patientin 2. Kind, andern gesund. Geburt normal. Mit 8 Monaten Rachitis und Epilepsie, mit dem 5. Jahre seltene Anfälle.

137. Max Sch., 4 Jahre. Vater an Tumor cerebri in Dalldorf gestorben. Vaters Vetter † an Gehirnkarcinom. Während der Schwangerschaft viel Kummer. Geburt normal. Patient erstes Kind. 2 jüngere gesund, Kind immer schwächlich. Idiotie angeboren.

138. Hans B., 4 Jahre. Heredität = 0. 3 Kinder. 1 Kind †. Patient 3. Kind; das andere lebende normal. Schwangerschaft und Geburt normal. Seit dem 9. Monat epileptisch.

139. Frida H., 14 Jahre. Vaters Bruder gestorben an *Dementia paralytica* in Dalldorf. Ein Neffe von ihm Suicidversuch. Vater Schanker und Bubo. 5 Kinder, 0 Aborte, 2 Kinder † jung. Patientin 5. Kind, die anderen gesund. Während der Schwangerschaft erlitt die Mutter einen großen Schreck dadurch, daß sich der Mann den Arm brach. Geburt normal. Vom 5. bis 18. Monat epileptisch.

140. Kurt H., 7 Jahre. Mutter litt an Kopfkolik. 5 Kinder, 2 Aborte (nach dem Patient). 2 Kinder † (an Tuberkulose und Epilepsie). Patient 2. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft, Geburt normal. Patient hatte bei der Geburt 2 Daumen an der rechten Hand. *Hernia congenitalis*. Idiotisch geboren.

141. Max H., 2 Jahre. Mutters Vater † an Phthisis. Mutter Kopfkolik. Vater Potator strenuus. 4 Kinder, Patientin 4. Kind, die anderen gesund. Während der Schwangerschaft viel Gram, Entbehrung, und „furchtbar viel Schmerzen“. Geburt normal. Nach 4½ Monaten Meningitis und epileptische Anfälle 14 Tage lang; seitdem Hydrocephalus.

142. Helene Pr., 4 Jahre. Vater „nervenkranke“ (Schwindelanfälle). 2 Kinder, 0 Aborte. Patientin 2. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Bis zum 1. Jahre normal; damals Keuchhusten und vorübergehende epileptische Anfälle. Seitdem idiotisch.

143. Emma S., 9 Jahre. Vaters Mutter † in Charité an einem Gehirnleiden (Tumor?). Vater leidet an Gallensteinkolik, Mutter an Phthise (aus phthischer Familie). Vetter des Vaters in Dalldorf. 4 Kinder, 0 Aborte. 1 Kind † als Idiot in Dalldorf, 1 † an Lebensschwäche, 1 gesund. Patientin 1. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotisch seit Geburt.

144. Kurt S., 4 Jahre. Heredität = 0. 3 Kinder (darunter 1 Frühgeburt), 1 Kind gesund. Im 7. Monat der Gravidität überhob sich die Mutter. Tag darauf Geburt (im 7. Monat). Idiotisch von Geburt an.

145. Willie Sch., 4 Jahre. Großmutter † an Phthise. Vater Lues (Spritzkur). 6 Kinder, keine Aborte. Patientin 4. Kind. Alle andern gesund. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter Influenza; in den letzten 4 Wochen Aufregung wegen der Syphilis des Vaters. Geburt normal. Kind anscheinend gesund. 3 Tage alt erkrankte es an den Augen. Nach einigen Monaten Ausschlag auf Kopf und Nase, dann Geschwür auf linker Schulter. Professor Lesser in Leipzig verordnete Schmierkur. Mutter seit der Geburt melancholisch. Somatisch: Links Bulbus buphthalmisch vergrößert. Beiderseits Leucoma adhärens mit Cataracta accreta.

146. Marie Z., 4 Jahre. Heredität = 0. Geburt normal. Mit 3 Wochen fiel bereits das apathische Wesen des Kindes auf.

147. Arthur H., 13 Jahre. Vater Lues, Mutter vom Vater infiziert hat Tabes. 1 Kind totfaul 7. Monat, 2 Kinder † intra partum und 4 Kinder im

1. Jahr; 1 Kind ist imbezill. Patient 3. Kind, mit 8 Wochen Exanthem, immer kränzlich, oft Schnupfen. Nystagmus congenitalis.

148. Else M., 10 Jahre. Uneheliche Geburt. Vater will gesund sein, Mutter phthisisch. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 3 Monaten war Patientin „schwerkrank“ (Diagnose?); sprechen mit 4½ Jahr. Mit 6 Jahren Scharlach und Diphtheritis. Somatisch: Otitis media; Mitralinsuffizienz.

149. Willie Br., 8 Jahre. Vater hochgradig imbezill. Patientin 1. Kind, 2 Kinder †, 3 gesund.

150. Wilhelm R., 7 Jahre. Vater 2 mal an Bleivergiftung erkrankt, leidet an Hemicranie, mäßiger Potator. 6 Kinder, 1 Abort (7. Geburt im 3. Monat). Mutter jetzt zum 8. mal gravida. 3 Kinder † jung. Patient 3. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren.

151. Richard B., 9 Jahre. Vater an Asthma †. Heredität = 0. 10 Kinder, 0 Aborte. 6 Kinder † jung. Patient das 9. Kind, 3 andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 4 Wochen fiel das Kind plötzlich ab; choreatische Bewegungen seit dem 6. Monat.

152. Eduard H., 11 Jahre. Mutter stottert. Sonst keine Heredität. 4 Geburten (die 1. Geburt Drillinge), gestorben, 2. und 4. Kind gesund, Patient 3. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Geistesschwäche erst bemerkt bei Schulbesuch.

153. Erich H., 4 Jahre. Heredität = 0. 2 Geburten. Patient 1. Kind, das andere Kind gesund. Während der Schwangerschaft erlitt die Mutter 2mal einen heftigen Schreck, einmal über einen Hund, das andere Mal über eine Schlange in einer Menagerie. Geburt: Steißgeburt. Kind schwächlich. Mit 8 Wochen Brechdurchfall, immer kränzlich, nie ordentlich sprechen gelernt.

154. Kurt P., 10 Jahre. Mutter „nervenkrank“, viel Kopfkolik seit der 1. Geburt. 5 Kinder, 4 Aborte (zwischendurch, meist im 2. Monat). 2 Kinder † jung, Patient 2. Kind, 2 Kinder gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren.

155. Eugen R., 7 Jahre. Vater mäßiger Potator. Mutter seit 1 Jahr nervenleidend, 1 Kind (Patient), dann 2 Aborte (3. und 7. Monat, Placenta praevia), Schwangerschaft und Geburt normal.

156. Georg R., 6 Jahre. Vater herzleidend, Potator strenuus. Mutter kränzlich. 8 Kinder, 1 Abort, 5 Kinder †, 2 Kinder gesund, Patient 3. Kind. Geburt normal. Soll oft aus dem Bett gefallen sein (epileptisch?). Angeblich seit dem 3. Jahr Abnahme der geistigen Kräfte (??).

157. Daniel R., 6 Jahre. Vaters Tante idiotisch. Sonst Heredität = 0. 9 Kinder, 0 Aborte, 2 Kinder †. Patientin 6. Kind. Idiotie angeboren.

158. Bruno E., 8 Jahre. Vater Potator strenuus. 7 Kinder, 2 Kinder †. Patient 6. Kind, 4 Kinder gesund. Schwangerschaft, Geburt normal, Kind schwächlich. Idiotie angeboren.

159. Hans G., 5 Jahre. Vater mäßiger Potator. 3 Kinder, 1 Kind †. Patient 1. Kind.

160. Alfred G., 7 Jahre. Mutter phthisisch, „leidet am Kopfe“. 6 Kinder, 1 Abort (5. Geburt im 3. Monat), 1 Kind †, 1 sehr schwächlich. Patient 2. Kind, andere gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Geistige Schwäche angeboren.

161. Emil K., 6 Jahre. Vater Potator strenuus. Mutter phthisisch. 2 Kinder, 3 Aborte (im 3. und 4. Monat zwischen den beiden Kindern). Patient 2. Kind, das andere geistig normal. Im 7. Monat der Schwangerschaft tat die Mutter einen schweren Fall. Geburt zur Zeit, sehr schwer, asphyktisch. spontan, Kind kräftig. Vom 6. Monat bis zum 3. Jahr epileptisch.

162. Alfred K., Heredität = 0. 8 Kinder, 0 Aborte. 1 Kind †. 1 Kind, das 6. imbezill, 1 Kind körperlich verkümmert. Patient 8. Kind, die anderen gesund. Schwangerschaft, Geburt normal. Bis zum 18. Monat anscheinend normal, dann epileptisch ein Jahr lang, seitdem idiotisch.

163. Willi K., 10 Jahre. Vater Potator strenuus und epileptisch (in Dalldorf) † an Tabes. 2 Kinder, Patient das 2., der andere Sohn moralisch verkommen (imbecill). Patient verlor vorübergehend, während er dyphtheriekrank war, die Kniephänomene beiderseits, das einzig nervöse Symptom. später stellten sich die Reflexe wieder in lebhafter Weise ein.

164. Willi Kr., 7 Jahre. Uneheliche Geburt. Vater Potator strenuus. Einziges Kind. Schwangerschaft: Viel Gram, Mutter hat sich namentlich in der letzten Zeit sehr stark geschnürt. Geburt: Steißgeburt, Kind schwächlich. Mit 6 Wochen 14 Tage lang epileptisch. Sprechen lernen mit 5 Jahren.

165. Hermann K., 12 Jahre. Mutter † an Phthisis. Vater mäßiger Potator. 6 Kinder, 4 Kinder † jung. Patient 2. Kind. Das älteste hat vom 2. bis 11. Jahr Epilepsie gehabt. Patient idiotisch von Geburt an. Während der ersten 3 bis 4 Jahr epileptisch.

166. Louis W., 9 Jahre. Mutter wie deren Vater † an Phthisis. Sonst Heredität = 0. 8 Kinder, 1 Abort (3. Geburt im 3. Monat), 5 Kinder † jung. Patient 9. Kind, das älteste auch idiotisch, 1 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Patient angeblich normal bis zum 2. Jahre; kam dann in Pflege und wurde mißhandelt, u. a. mit dem Kopfe gegen die Wand geschleudert. Pflegemutter bekam dafür 14 Tage Gefängnis.

167. Max W., 6 Jahre. Mutter imbezill, hatte als Kind Zahnkrämpfe. 2 Kinder, 1 gesund. Patient vom 3. bis 12. Monat epileptisch.

168. Paul W., 15 Jahre. Vater liederlich, geschieden; Mutters Bruder war geisteskrank (Dalldorf). Patient 2. Kind; 1 Kind gesund, 1 Abort im 2. Monat. Patient lernte schwer.

169. Emil W., 8 Jahre. Mutter hat vor der Ehe 2 Kinder gehabt (nicht vom Vater des Patienten), vom Vater des Patienten 3 Kinder, 1 Abort (vorletzte Geburt). Patient 1. Kind vor der Ehe geboren, die andern gesund. Geburt normal. Mit 1½ Jahr 9 Tage lang epileptisch. Sprechen lernen mit 3 Jahren.

170. Rudolf W., 8 Jahre. Vater liederlich, getrennt; Mutter mit 7 Jahren in der Charité wegen Lues. Erster Mann † an Tabes, war Potator. von diesem

1 Kind, welches Idiot war. Patient einziges Kind der 2. Ehe, 0 Aborte, Geburt normal. Idiotie angeboren.

171. Richard D., 8 Jahre. Vaters Vater † an Dementia paralytica. Vater hat Tripper und Schanker gehabt; sonst Heredität = 0. 6 Kinder, 1 Abort (7. Geburt), 1 Kind schwächlich andere, gesund. Patient 2. Kind: Schwangerschaft und Geburt normal. Vom 8. Monat bis 6. Jahr epileptisch.

172. Dr., (Knabe) 7 Jahre. Vater mäßiger Potator, 8 Kinder, 1 Kind †. 1 Kind imbezill (das 4.), 5 gesund. Patient 5. Kind. Geburt normal. Geistige Schwäche erst auf der Schule bemerkt.

173. Emil T., 8 Jahre. Vater † Dementia paralytica. Mutter in Dall-dorf (Lues cerebri). Somatisch: Neuritis optica im Stadium der Atrophie.

174. Franz L., 9 Jahre. Keine Heredität. 8 Kinder, 4 Kinder † an Zahnkrämpfen: 3 gesunde Kinder, Patient 8. Kind. Mit 1½ Jahr vorübergehende Zahnkrämpfe.

175. Otto M., 4 Jahre. Uneheliche Geburt; Vater gesund, Mutter wegen Diebstahls bestraft. Schwangerschaft und Geburt normal. Mit 3½ Jahr vorübergehend epileptische Anfälle. Mit 7 Jahren sprechen gelernt.

176. Karl M., 12 Jahre. Vater Phthisiker. 4 Kinder, 2 Kinder † jung. 1 Kind normal. Patient 1. Kind, Geburt normal. Soll zuerst aufgeweckt gewesen sein (?). Bekam dann „Skrofeln“. Seit dem 4. Jahr deutlicher geistiger Rückgang.

177. Willie M., 10 Jahre. Mutter † an Phthise. Vater imbezill. 5 Kinder, 2 Kinder † jung, 2 Kinder gesund. Patientin 3. Kind. Mit 5 Wochen vorübergehend epileptische Anfälle. Sprechen lernen mit 7 Jahren.

178. Walter M., 9 Jahre. Vater † an Phthise, Mutter † an Herzkrankheit. 4 Kinder. Patient 4. Kind, Idiotie angeboren. Somatisch: Chorea.

179. August Sch., 7 Jahre. Vater † an Phthise. 4 Kinder. 2 Aborte (4. und 6. Geburt im 3. und 2. Monat). 2 Kinder † jung. 1 Kind hat Hasenscharte und Wolfsrachen. Patient 5. Kind. Geburt normal. Idiotie angeboren.

180. Alwine St., 3 Jahre. Vater Potator strenuus. Vaters Vater geisteskrank. Mutters Vater † an Phthise. 5 Kinder, 1 Abort. 4 Kinder †. Patientin 3. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind schwächlich. Sprechen lernen mit 7 Jahren. Choreatische Bewegungen im 4. Jahre bemerkt.

181. Frieda A., 8 Jahr. Vater mäßiger Potator. 9 Kinder, 2 Aborte (7. und 11. Geburt im 3. und 2. Monat). 5 Kinder †. Patientin 6. Kind, die anderen haben alle Zahnkrämpfe gehabt, jetzt gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Vom 2. Monat bis zum 3. Jahr epileptisch. Idiotie angeboren.

182. Gertrud Sch., 8 Jahre. Keine Heredität. 9 Kinder, 1 Abort (Nr. 10 im 3. Monat). Patientin 3. Kind. 4 Kinder †, 4 gesund. Schwangerschaft normal. Geburt dauerte 2 Tage, Kind asphyktisch. Sprechen lernen mit 4 Jahren.

183. Pauline Sch., 7 Jahre. Vaters Vater Potator strenuus. Mutter seit 2 Jahr phthisisch. 3 Kinder, 2 gesund. Patientin 3. Kind. Während der Schwangerschaft hatte die Mutter viel Aufregung. Geburt normal. Seit dem 9. Monat epileptisch. Sprechen lernen mit 4½ Jahr.

184. Helene Sch., 11 Jahre. Uneheliche Geburt. Vater Potator strenuus. Geburt normal; geistige Schwäche erst bei Schulbesuch bemerkt.

185. Ida Z., 7 Jahre. Vaters Vater † an Delirium tremens, Vater Potator strenuus. 2 Kinder, Patient 1. Kind, das andere gesund. Während der Schwangerschaft würgte der Vater die Mutter auf offener Straße. Geburt normal. Mit 1 Monat 14 Tage lang Epilepsie.

186. Ella K., 8 Jahre. Vater mäßiger Potator, hat früher schweren Gelenkrheumatismus gehabt. Mutter ist 38 Jahr alt und hat im 1. Jahr mehrere apoplectische Insulte gehabt. 7 Kinder, 3 Kinder †, 3 gesund. Patientin 2. Kind. Geburt schwer. Geistige Schwäche erst bei Schulbesuch bemerkt.

187. Anna L., 9 Jahre. Vater mäßiger Potator. 5 Kinder, 2 Kinder †. Patientin 1. Kind, 2 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal, Schwachsinn erst bei Schulbesuch bemerkt. Somatisch: Chorea levis, Atrophia n. opt. duplex.

188. Ida H., 8 Jahre. Vater Potator strenuus, † an Phthise: 12 Kinder. 6 Kinder † jung. Patientin 9. Kind, 5 Kinder gesund, aber alle geistig etwas beschränkt. Schwangerschaft normal. Geburt dauerte tagelang, asphyktisch. Idiotie angeboren. Somatisch: Intentionsnystagmus bei seitlichen Bewegungen.

189. Elsa H., 10 Jahre. Vater † an Dementia paralytica. 8 Kinder, 2 Aborte, Patient 4. Kind, andern gesund. Während der Schwangerschaft viel Aufregung. Geburt normal. Idiotie angeboren.

190. Clara R., 8 Jahre. Mutter „nervös“, hat früher an Krämpfen (Hyst.) gelitten, auch ihre Mutter. 3 Kinder, 1 Kind †. Patientin 2. Kind, 1 Kind gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren.

191. Elisabeth B., 12 Jahre. Vater Potator (?). 5 Kinder, 1 Kind †. Patientin 5. Kind. 3 Kinder gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren.

192. Regina B., 6 Jahre. Angeblich Heredität = 0. 6 Kinder, 2 Kinder †. Patientin 4. Kind, die anderen gesund. Hebamme hat angeblich das Kind bei der Geburt fallen lassen. Sprechen lernen mit 5 Jahren.

193. Martha B., 8 Jahre. Mutter † an Phthise. 7 Kinder, 6 Kinder †. Patient 3. Kind, idiotisch geboren.

194. Fritz B., 11 Jahre. Vater Potator strenuus, Phthisiker. 8 Kinder, dann 1 Abort im 3. Monat, 3 Kinder † jung, 1 Kind imbezill, 3 Kinder gesund, Patient 4. Kind. Schwangerschaft, Geburt normal. Schwachsinn erst bei Schulbesuch bemerkt.

195. Wilhelm Kl., 8 Jahre. Mutter † an Phthise. Vater Potator, hat Tripper und Schanker gehabt (Schmierkur) 3 Kinder, 1 totgeborenes (1. Geburt); 3 Aborte (4. bis 6. Monat). 2 Kinder † früh, 1 Kind $\frac{1}{2}$ Jahr alt, normal. Patient letztes Kind. Schwangerschaft: Aufregung über den Tod des 5. Kindes. Geburt im 8. Monat; von Anfang an teilnamlos, später Wutanfälle. Schmierkur ohne Erfolg.

196. Ernst K., 7 Jahre. Vater Potator strenuus. 1 Kind, gleich nach der Ehe geboren, schwächlich. Geburt normal, Schwachsinn erst auf Schule bemerkt.

197. Ernst R., 3 Jahre. Mutters Vater an Potus †, 1 Bruder und 1 Schwester der Mutter hemiplegisch. Vater Potator strenuus, jähzornig. 3 Kinder, 2 Kinder gesund. Geburt normal. Patient stotterte bis zum 6. Jahre, litt viel an Kopfschmerzen, hat Absencen, schwachsinnig von Geburt an.

198. Hedwig L., 5 Jahre. Vater mäßiger Potator. Wegen Ehebruchs geschieden. Mutter dement, angeblich in Folge einer vor 5 Jahren erlittenen von dem Manne ihr zugefügten Kopfverletzung. 2 Kinder, Patientin 1. Kind, das andere gesund. Schwangerschaft, Geburt normal.

199. Wilhelm R., 2 Jahre. Vater mäßiger Potator. 3 Kinder, 3 Aborte (1., 4., 5. Geburt); 2 Kinder gesund, Patient 3. Kind. Geburt normal. Idiotie angeboren.

200. Carl B., 12 Jahre. Zwei Kousinen der Mutter imbezill. Mutter vor 5 Jahren nach Entbindung vorübergehende Hemiplegia dextra. Vater Potator strenuus, Tripper. 12 Kinder, 3 Aborte. 7, Kinder †, 1 Kind idiotisch, 3 gesund. Patient 15. Geburt. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren. Mit 4 Jahren sprechen lernen. Somatisch: Chorea levis.

201. Erich Sch., 8 Jahre. Vater Lues, geschieden, Potator strenuus. 1 Kind epileptisch. 3 Kinder, Patient 1. Kind. Geburt: Fußlage, linker Arm seitdem gelähmt. Die beiden anderen Kinder haben Symptome von Syphilis gehabt. In der 1. Woche epileptisch bis zu 3 1/2 Jahr. Mit 4 Jahren sprechen lernen. Somatisch: Spinale Lähmung des linken Armes.

202. Elfriede M., 11 Jahre. Heredität = 0. Mit 8 Monaten Stimmritzenkrampf. Seit 8 Jahren epileptisch.

203. Max K., 3 Jahre. Vater Potator strenuus, wegen Ehebruchs geschieden. 3 Kinder, 1 Abort (2. Geburt), 2 Kinder † jung. Patient 2. Kind Schwangerschaft und Geburt normal. Vom 3. Monat bis 5 1/2 Jahr epileptisch.

204. Adolf G., 9 Jahre. Vater mäßiger Potator, Phthisiker. Vaters Mutter † an Phthise, 5 Geburten, 1 Abort. (3. Geburt im 3. Monat). Patient 1. Kind, die andern alle skrofulös. Schwangerschaft normal, Geburt schwer, asphyktisch. Mit 3 Jahren sprechen lernen.

205. Albert Kr., 12 Jahre. Vater leidet seit 4 Jahren an Werlhofscher Krankheit, hatte Tripper. 10 Kinder, 5 Kinder †, 4 gesund. Patient 7. Kind. Schwangerschaft, Geburt normal. In den ersten 4 Wochen epileptisch. Schwachsinn erst bei Schulbesuch bemerkt.

206. Erich de B., 11 Jahre. Uneheliche Geburt. Vater Lues, † an Tabes, 30 Jahr alt. Geburt normal. Seit dem 3. Monat epileptisch.

207. Wilhelm R., 4 Jahre. 9 Kinder, 8 Kinder gesund, Patient 1. Kind, idiotisch geboren. Schwangerschaft und Geburt normal.

208. Karl Br., 8 Jahre. Mutters Mutter und Mutter imbezill. 5 Kinder, 4 Kinder gesund. Patient 2. Kind, Geburt schwer, asphyktisch. Kopf bei der Geburt bereits abnorm groß. Sprechen lernen mit 6 Jahren.

209. Anna Kr., 9 Jahre. Mutter † 38 Jahr alt an Apoplexie; sie war unehelich geboren, ihre Mutter litt an nervösem Kopfschmerz. 2 Kinder. 1 Abort (14 Tage vor dem Tode der Mutter). 1 Kind totgeboren (ausgetragen, Zangengeburt), Patient 2. Kind, idiotisch geboren. Mit 6 Wochen am Mastdarmfistel operiert.

210. Bruno Z., 12 Jahre. Uneheliches Kind. Mutter aus phthisischer Familie, „unterleibsleidend“ seit 1883 (6 Jahre vor Geburt des Patienten) an „Krämpfe“ leidend. Vor der Geburt des Patienten war die Mutter verheiratet und hat 2mal abortiert. Jetzt wieder verheiratet, hat 2 Kinder, von denen eines sehr „nervös“ ist. Während der Schwangerschaft Krämpfe, auch während der Geburt. Idiotie angeboren. Vom 1. Monat bis 5 Jahr epileptisch. Später Wutanfälle.

211. Florentine Th., 12 Jahre. Mutter mit 15 Jahr kurze Zeit auch geisteskrank. Vater sehr reizbar „nervös“. Schwangerschaft, Geburt normal. Kopf des Kindes auffällig groß. Mit 1 Jahr bis 1½ Jahr epileptisch.

212. Hermann S., 9 Jahre. Vater leidet an Rheumatismus. 6 Kinder. 2 Kinder † jung. Patient 2. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft normal. Geburt sehr schwer, Zange, keine Asphyxie. Mit 4 Jahren sprechen lernen.

213. Richard R., 11 Jahr. Heredität = 0. Patient Zwillingsskind, der andere gesund. Angeblich normal bis zum 2. Jahr; danach Fall aus dem Wagen. Seitdem Idiot.

214. Elisabeth B., 9 Jahre. Mutters Großvater † geisteskrank; Mutters Mutter litt an Climacteriums psychose. Mutters Bruder als Kind an hyst. Anfällen. Vater hatte Tripper und weichen Schanker, 3 Kinder, Patient 2. Kind, die andern gesund. Während der Schwangerschaft die Mutter sehr „nervös“. Geburt normal, Kind sehr schwächlich. Mit 6 Wochen Epilepsie einige Wochen lang. Mit 4 Jahren sprechen lernen.

215. Else M., 10 Jahre. Uneheliche Geburt, Vater gesund, Mutter phthisisch, jetzt verheiratet mit einem andern Mann. hat 1 Kind, welches mit 2 Jahren noch nicht gehen kann. Schwangerschaft und Geburt normal. Sprechen lernen mit 2½ Jahren.

216. Clara B., 30 Jahre. Mutters Schwester und Mutters Mutter geisteskrank, ebenso eine Tante. 3 Kinder. Patientin 2. Kind. 1 Kind epileptisch. 1 Kind sehr jähzornig.

217. Clara B., 4 Jahre. Heredität unsicher. 3 Kinder, 2 Kinder †. Geburt schwer; Patientin angeblich normal bis 1½ Jahr. Seitdem Epilepsie und Verblödung.

218. Anna B., 12 Jahre. Vater mäßiger Potator, 3 Kinder, Patientin 2. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Von 4. Woche bis 5. Jahr Epilepsie. Sprechen nie gelernt.

219. Margarethe B., 4 Jahre. Vater Potator (2mal in psychiatrischer Klinik). Kind angeblich normal bis zum 20. Monat. Dann Meningitis mit Epilepsie. Einige Monate darauf 2. Anfall; seitdem verblödet.

220. Gertrud A., 11 Jahre. Vaters Mutter mehrere Schlaganfälle, neun, leicht erregt. Vater sehr reizbar. 4 Kinder, Patientin 1. Kind, die andern gesund. Mit $\frac{3}{4}$ Jahr wurde „zu frühe Verknöcherung des Schädels“ konstatiert.

221. Elisabeth D., 8 Jahre. Keine Heredität. 3 Kinder, dann 2 Aborte. Patientin 1. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind wog nur 3 Pfd. Mit 2 Jahren wurde vom Professor Henoch Idiotie konstatiert. Somatisch: Chorea.

222. Carl D., 2 Jahre. Vater Lues. 3 Kinder, 1 Abort. Patient 3. Kind. Mit 2 Monaten Epilepsie, später wegen Ausschlags (Syphilis!) in Charité.

223. Paul D., 7 Jahre. Keine Heredität. 3 Kinder, 4 Aborte (= die 4 letzten Geburten, im 4. und 2. Monat). Patient 1. Kind, andern gesund. Im 5. Monat der Schwangerschaft stürzte die Mutter die Treppe hinunter. Geburt normal. Vom 5. Monat bis 2. Jahr Epilepsie. Hat nie sprechen gelernt.

224. Marie E., 7 Jahre. Vaters Mutter hat 3 Kinder mit Wolfsrachen gehabt. † 6. Wochen alt. 4 Kinder, Patientin 3. Kind. 1 Kind mit Sehnervenatrophie geboren, 1 Kind gesund. Geburt normal. Idiotie angeboren.

225. Carl E., 4 Jahre. Vater an Phthise †, Potator strenuus, 6 Kinder, 0 Aborte, 1 Kind † an Meningitis, die anderen gesund. Patient 4. Kind. Viel Nahrungssorgen und Kummer während der Schwangerschaft. Geburt normal. Kind von Geburt an stumpf. Seit dem 2. Jahr epileptisch.

226. Frieda W., 21 Jahre. Mutters Mutter † geisteskrank in Dalldorf. 3 Kinder, 1 Kind † an Epilepsie, 1 Kind gesund. Geburt normal. Vom 10. Monat bis zum 5. Jahr epileptisch.

227. Martha Th., 9 Jahre. Heredität = 0. 8 Kinder, 2 Aborte, 7 Kinder † (eines 21 Jahr alt durch Suicidium). Geburt normal. Patientin angeblich normal (?) bis zum 3. Jahr, dann einmal epileptische Anfälle, seitdem allmählich verblödet. Somatisch: Choroiditis atrophicans et pigmentosa. Leicht mikrocephalischer Schädel.

228. Bertha S., 15 Jahre. Vater † durch Suic. (Verfolgungswahn), Mutter leidet an Kopfkolik mit Erbrechen. 9 Kinder, 7 Kinder † jung. Während der Schwangerschaft intensiver Schreck darüber, daß der Mann von jemand über den Kopf geschlagen wurde, und dann erblindete. Geburt normal. Mit 9 Monat epileptisch bis $5\frac{1}{4}$ Jahr; seitdem Strabismus.

229. Joh. Sch., 14 Jahre. Vater mäßiger Potator, 8 Kinder. Patient 5. Kind; (vorher 2 totgeborene; bei dem 2. behauptete die Hebeamme, der Vater müsse krank sein); nachher 1 Abort, 1 Kind †, 1 Kind (unser Patient) idiotisch, 3 Kinder gesund. Geburt normal. Mit 9 Tagen Scharlach. Mit 2 Jahren choreatische Bewegungen bemerkt.

230. Clara S., 14 Jahre. Mutters Cousine Krämpfe. 3 Kinder, Patient das 3. Schwangerschaft: Großer Schreck infolge Nachstellung durch einen Bettler auf einem entlegenen Boden. Idiotisch geboren.

231. Hermann R., 5 Jahre. Uneheliche Geburt. Eltern gesund. Geburt normal. Epileptisch 1 Jahr lang nach dem 10. Monat.

232. Elise R., 8 Jahre. Heredität = 0. 3 Kinder, 6 Aborte (zwischen 2. und 3. Geburt in den ersten 4 Monaten). Patientin 2. Kind; die anderen gesund. Während des letzten Monats der Schwangerschaft rutschte die Mutter auf der Treppe aus und erlitt einen großen Schreck. Geburt normal. Mit 4 Monaten epileptische Anfälle $\frac{1}{4}$ Jahr lang. Jetzt noch „Zitteranfälle“. Hat nie sprechen gelernt.

233. Frieda R., 17 Jahre. Mutters Schwester Kind idiotisch, nach Zahnkrämpfe. 5 Kinder, 4 Kinder †. Geburt normal. Kind schwächlich. Oft Erbrechen bis zum 2. Jahr. Sprechen lernen mit 5 Jahren.

234. Gertrud P., 6 Jahre. Mutters Schwester „nervenleidend“. 3 Kinder, dann 1 Abort im 3. Monat. 1 Kind †, 1 Kind gesund. Patient 1. Kind. Schwangerschaft normal, Geburt lang und schwer. Kind schwächlich. Idiotie angeboren.

235. † Adelheid Sch., 6 Jahre. Heredität = 0. 6 Kinder, 5 Kinder gesund. Patientin 4. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Am 3. Tag „blieb Patientin fort“ von 9—4 Uhr, wurde blau im Gesicht, keine Zuckungen. Sprechen lernen mit $3\frac{1}{2}$ Jahr. Somatisch: Exophthalmus, sehr blasse Papillen.

236. Friedrich L., 2 Jahre. Heredität. 4 Kinder, dann 1 Abort. Patient 3. Kind, die anderen gesund. Schwangerschaft: im 7. Monat großer Schreck. Geburt: Zange. Kind fiel in der 1. Woche vom Wickeltisch. Seit dem 3. Monat epileptisch.

237. Hedwig N., 9 Jahre. Heredität = 0. 4 Kinder, 0 Aborte, 1 Kind †. Patient 4. Kind, die andern gesund. Schwangerschaft: Gram über den Tod des 3. Kindes. Geburt asphyktisch, Kind sehr elend, Nottaufe. Sprechen lernen mit 5 Jahren.

238. Willi K., 6 Jahre. Vater unehelich geboren, mäßiger Potator: 5 Kinder, 3 Aborte (den 3. bis 5. Monat) die andern Kinder gesund. Geburt normal. Im 4. Monat epileptisch. Nie sprechen gelernt.

239. Fritz H., 5 Jahre. Heredität = 0. 5 Kinder, 2 Kinder †. Patient 4. Kind, die andern gesund. Geburt normal. Mit 3 Jahren Meningitis; seitdem idiotisch.

240. Max P., 3 Jahre. Heredität = 0. 2 Kinder (3 Aborte zwischen durch im 3., 5. und 2. Monat). Patient letztes Kind, das andere † an Scharlach. Während der Schwangerschaft viel Ärger. Geburt sehr schwer, hochgradige Asphyxie. Kind von Geburt an stumpf.

241. Anna H., 8 Jahre. Vater Phthisiker, 3 Kinder, 0 Aborte. Patient 2. Kind, 1 Kind † an „Gehirnhöhlenwassersucht“, das 3. † an Epilepsie. Schwangerschaft und Geburt normal. Idiotie angeboren.

242. Antonie G., 17 Jahre. Vater Potator strenuus. 3 Kinder, 2 Aborte (1. Geburt im 5. Monat — Fall der Mutter, und letzte Geburt auch Totgeburt, unbekannte Ursache). 1 Kind † an Meningitis, 1 Kind gesund. Patientin 4. Geburt. Geburt normal. Idiotie angeboren.

243. Ernst F., 13 Jahre. Vater mäßiger Potator, Vaters Bruder eigentümlich. 9 Kinder, 2 Aborte. 7 Kinder † jung. Geburt normal. Idiotie angeboren.

244. Hedwig M., 7 Jahre. Heredität = 0. 8 Kinder, 4 Aborte (der erste kam vor dem 7. Kind = Patient, die andern 3 Aborte nach dem 8. Kind). 5 Kinder † (Nr. 4, 5, 6, 7, 11. Geburt); 1. und 3. leben. Schwangerschaft und Geburt normal. Bald nach Geburt „furchtbare Geschwüre“ (im Paul Gerhardtstift behandelt). Schon in den ersten Tagen Epilepsie, bis jetzt. Hat nie gesprochen.

245. Marie K., 5 Jahre. Heredität = 0. Einziges Kind. Geburt dauerte lange (Wendung), Kind munter bis zum 6. Monat. Dann epileptisch bis zu 3 $\frac{3}{4}$ Jahr. Fast gar nicht sprechen gelernt.

246. Wilhelm Br., 7 Jahre. Vater schwerer Neurastheniker, mit 35 Jahr pensioniert, † vor kurzem an Karbunkel; Vaters Cousine in Irrenanstalt †. Mutters Schwester 18 Jahr alt an Meningitis †. 3 Kinder, 0 Aborte. Patient 4. Kind; 1 Kind an Meningitis, 1 gesund. Geburt sehr schwer und lange. Kind wog 9 Pfd. Hat nie sprechen gelernt. Gehen mit 4 Jahren.

247. Bertha L., 5 Jahre. Mutter hat Kropf, keine weiteren Basedow-symptome. Geburt asphyktisch, Patient 2. Kind, 2 Geschwister gesund 1 Abort (letzte Geburt).

248. Georg O., 7 Jahre. Mutters Cousine taubstumm. Eltern des Patienten blutsverwandt. 4 Kinder, 1 Abort (9. Monat), 1 Kind † an Epilepsie Patient 4. Kind. Während der Schwangerschaft viel Sorge um das krampf-krankte Kind. Geburt normal. Vom 4. Monat bis 3. Jahr epileptisch. Hat nie gesprochen.

249. Elfriede N., 4 Jahre. Vater rückenmarkskrank (hat eine Schmierkur durchgemacht) 4 Geburten, 2 Aborte (2. und 6. Geburt); ein 5. Kind tot-geboren, 1 Kind tot. Patient 4. Kind. Geburt normal. Vom 2. bis 9. Monat epileptisch. Lernte nie sprechen.

250. Otto Sch., 11 Jahre. Vater und Mutter blutsverwandt, Mutters Vater † an Phthise. Vater vor 12 Jahren Schanker, 4 Monate lang von Kurpfuscher behandelt, verheiratet seit 10 Jahre; alle seine Familienmitglieder sind „nervös“ und werden früh grau. 4 Geburten, 2 Aborte (1. und 5. Geburt, tot-faul im 8. Monat bzw. im 3. Monat), 1 Kind †, 2 gesund, Patient 2. Kind. Geburt dauerte lang. Professor Mendel sagte, die Hebeamme hätte versäumt. zu rechter Zeit ärztliche Hilfe zu bringen. Mit 1 Jahr epileptisch kurze Zeit.

251. Fritz B., 18 Jahre. Vater † in Dalldorf an Schlaganfall (Dementia paralytica!), sonst keine Heredität. Patient 1. Kind. Im 5. Monat der Gravidität erlitt die Mutter ein Trauma abdominis. Patient von Geburt an idiotisch. Vom 5. Monat bis zum 8. Jahr Epilepsie.

252. Helene W., 9 Jahre. Vater Potator strenuus, leicht erregbar. 6 Kinder, 1 Abort (5. Geburt im 8. Monat). Patient letztes Kind. Geburt normal, Patient letztes Kind (Kind von Geburt an idiotisch).

253. Erwin F., 7 Jahre. Mutters Schwester † an Dementia paralytica, in Dalldorf. Mutters Vater, Mutters Bruder und Vaters Vater Potatoren. Vater leicht erregbar. 3 Kinder, dann 2 Aborte. Patient 1. Kind; 2 Kinder gesund, Geburt asphyktisch. Epileptische Anfälle im 9. Monat. Idiotie angeboren.

254. Richard H., 6 Jahre. Heredität = 0. 7 Kinder, 0 Aborte, 3 Kinder † jung. Patient 2. Kind, die andern gesund. Die Eltern heirateten sich erst nach der Geburt des 2. Kindes. Patient 7-Monatskind. Hat nie ordentlich sprechen gelernt.

255. Else W., 7 Jahre. Vaters Schwester † in Dalldorf. 3 Kinder. Patientin 1. Kind. Schwere Zangengeburt, Asphyxie. Angeblich intelligent bis zum 2. Jahr, dann Masern; darauf allmählich idiotisch, verlernte das Sprechen. Seit dem 3. Jahr epileptisch.

256. Herbert D., 7 Jahre. Heredität = 0. Patient 3. Kind der 1. Frau; diese † an Herzleiden 32 Jahr alt; die 2 älteren Kinder leben, gesund, keine Aborte. Geburt, Schwangerschaft normal; schwächliches Kind. Lernte nie sprechen. Choreatische Bewegungen seit dem 4. Jahr.

257. Bruno G., 10 Jahre. Vater liederlich, Patient 1. Kind: Geburt im 8. Monat, schwer, spontan. Mit 8 Monaten epileptisch bis zum 8. Jahr. Mit 4 Jahren gehen lernen. Das 2. Kind †, 9 Monate alt an Abzehrung. Keine Aborte.

258. Charlotte R., 5 Jahre. Mutters Schwester † an Phthise. 3 Kinder, dann 1 Abort. Patient 3. Kind, 1 Kind †, 1 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Normal bis 2. Jahr, dann fieberhaft erkrankt unter Erbrechen und epileptischen Anfällen. In den nächsten 3 Jahren noch 3mal epileptische Anfälle.

259. Hans St., 4 Jahre. Vater Potator strenuus. 5 Kinder. 1 Kind † an Epilepsie 4½ Monat alt, 3 Kinder gesund. Patient 3. Kind. Schwangerschaft und Geburt normal. Patient gesund bis zu 4½ Monat; dann Epilepsie. Nach 2 Jahren nehmen die Anfälle allmählich ab. Hat nie sprechen gelernt.

260. Paul Hr., 5 Jahre. Vater Potator strenuus. 6 Kinder, 1 Abort (5. Entbindung), Patient 4. Kind, 2 Kinder † früh, 3 gesund. Schwangerschaft und Geburt normal. Kind bis zum 7. Monat normal, dann epileptisch bis zum 3. Jahr.

1. Prädisponierende bzw. mitwirkende Momente.

a) Geistes- bzw. Nervenkrankheiten in der Aszendenz; 84 Fälle¹⁾ (zirka 32,1%).

Auf die einzelnen Formen der nervösen Störungen will ich nicht eingehen mit Ausnahme der mit Lues zusammenhängenden Fälle, von denen weiter unten die Rede sein wird.

Als bemerkenswert sei hier nur hervorgehoben, daß in einem Falle der Vater an kongenitalem Tremor litt, in einem zweiten der Vater nebst anderen Familienmitgliedern (Patient war frei)

¹⁾ Nur bei einem idiotischen Kinde (Fall 77) entwickelte sich eine Psychose.

mit diesem angeborenen Leiden behaftet waren; in einem dritten Falle hatte der Vater zwei Mal an Saturnismus gelitten.

b) Phthisis in der Aszendenz: 36 Fälle (zirka 13,8%). Nur in einem Falle waren beide Eltern phthisisch.

c) Vater Potator¹⁾ in 41 Fälle (zirka 15%). Hier ist ein Fall hervorzuheben, in welchem Vaters Vater, Mutters Vater und Mutters Bruder Säufer waren, und die Mutter in trunkenem Zustande geschwängert wurde.

d) Psychisches Trauma matris in graviditate: 32 Fälle (zirka 12,3%). In den Fällen 69, 230 und 232 fand sich nur dies eine Moment als Ursache angegeben. Wenn es auch festzustehen scheint, daß schwere Gemütsstörungen von nachteiligem Einfluß auf die Frucht sein könnte, so zögere ich vorläufig trotz dieser 3 Fälle dieses Moment unter die „ätiologischen“ einzureihen. In Fall 69 ist allerdings der Schreck der Mutter ein so intensiver gewesen, daß sich derselbe als sicheres ätiologisches Moment schwer ablehnen läßt.

e) Somatisches Trauma matris in graviditate: 8mal (zirka 3%). In Fall 93 war der Sturz der Mutter das einzige zu eruierende Moment. In Fall 61 wird „zu starkes Schnüren“ beschuldigt. Aber auch hier möchte ich erst über eine größere Anzahl einschlägiger Fälle verfügen, ehe ich das somatische Trauma matris in graviditate zu den ätiologischen Momenten rechne. Ich halte es allerdings nicht für ausgeschlossen, daß man im Laufe der Zeit eine größere Anzahl von so beweiskräftigen Fällen zu sehen bekommt, auf Grund welcher die bisher beobachtete Vorsicht nicht mehr nötig sein wird.

In 2 Fällen findet sich die Koinzidenz von somatischem und psychischem Trauma.

f) Blutsverwandtschaft der Eltern: 3 Fälle (zirka 1,1%), g) Erstgeburt: 46 Fälle (zirka 17,6%), h) Frühgeburt: 10 Fälle (3,8%), i) Uneheliche Geburt:²⁾ 17 Fälle (6,5%), k) Kind schwächlich von Geburt an: 26 Fälle (10%), l) Kind ein

¹⁾ Als Potatoren habe ich auch in dieser Arbeit nur solche bezeichnet, welche schwere Säufer waren.

²⁾ Fälle, in welchen die Eltern nach der Geburt sich heirateten, sind nicht eingeschlossen.

spätes oder das letzte einer längeren Generationsreihe: 44 Fälle (zirka 16,9%), m) Geistes- bzw. Nervenkrankheiten bei Geschwistern: 54 Fälle (zirka 20,7%). Was diese Krankheiten anbetrifft, so fand ich 15 mal Epilepsie, Psychose 1 mal, Imbezillität 20 mal (in einer Familie 5 Fälle), Idiotie 9 mal, Nervenkrankheit 2 mal, angeborene Sehnervenatrophie 1 mal, Suizidium 1 mal, Meningitis mit tödtlichem Verlauf 3 mal, Lues 2 mal.

n) Phthisis bzw. Skrofulose bei Geschwistern: 6 Fälle (zirka 2,3%). (In einem Falle waren 4 Geschwister scrofulös.)

o) Tod zahlreicher Geschwister in früher Jugend bzw. mehr oder weniger suspekte Aborte: 44 Fälle (zirka 16,8%).

2. Eigentlich ätiologische Momente.

a) Schwere, bzw. asphyktische Geburt: 39 Fälle (15%), (darunter 5 Zangen-, 4 Steißgeburten, 1 Gesichtslage, 1 Wendung, 1 Fußlage). Auch hier konnte die schwere, bzw. asphyktische Geburt als das eigentliche ätiologische Moment nur in einer Anzahl von Fällen, und zwar in 17 (zirka 6,5%) mit einiger Sicherheit angenommen werden, als ev. mitwirkendes Moment in 7 Fällen, als sehr fraglich mitwirkendes Moment in 15 Fällen. Auszuschließen als mitwirkendes Moment in keinem Falle.¹⁾

b) Trauma capitis: 7 sichere, (zirka 2,6%) 6 fragliche Fälle. — Unter sonstigen traumatischen Momenten sind besonders hervorzuheben Hitzschlag (Fall 122), Verbrühung (Fall 19), Hundebiß (bzw. die nachfolgende Chloroformnarkose??!) (Fall 54).

c) Infektions-Krankheiten (mit Ausnahme der Lues): 9 sichere, 6 fragliche Fälle. Die betreffenden Affektionen waren: Scharlach, Masern, Masern und Scharlach, Pneumonie, Pneumonie und Diphtherie, Gastrisches Fieber, Meningitis und Pertussis. In 3 andern Fällen kamen die Masern nicht als ätiologisches Moment in Betracht, wohl aber als prädisponierendes.

Die Beziehungen der Lues zur Idiotie kommen zum Ausdruck in folgenden Resultaten:

¹⁾ Bei den zerebralen Kinderlähmungen konnte es in 2 Fällen als von keinem Belang angesehen werden.

In 24 Fällen fand sich Lues in der Vorgeschichte. Kurz rekapituliert, waren die hervorstechendsten Momente dieser Fälle wie folgt:

Fall 11: Mutterluetisch, Kind rechtseitige Ptosis, optici verfärbt. Fall 23: Von 8 Kindern, † 6 jung, 2 syphilitische Früchte nach dem Patienten. Fall 28: Vater † an Dementia paralytica, 6 Aborte im 8. Monat, 3 Kinder † jung. Fall 29: Vater Potator, † an Dementia paralytica. Fall 32: Lues in der Aszendenz wahrscheinlich; Kind wahrscheinlich syphilitisch geboren. Fall 42: Vater † an Phthise. Mutter der Lues dringend verdächtig. Fall 52: Vater Potator, beide Eltern syphilitisch, Mutter aus phthisischer Familie. Fall 111: Vater Potator, geschlechtskrank, Lues möglich. Fall 115: Lues nicht ausgeschlossen. Fall 120: Kind wahrscheinlichluetisch, protahierte Geburt. Fall 136: Lues möglich. Vater in erster Ehe mit Puella publica verheiratet. Fall 139: Vaters Bruder † Dementia paralytica, Vater möglicherweiseluetisch (Schanker und Bubo sicher). Fall 145: Vaterluetisch, aber 3 gesunde Kinder vor dem Patienten, und 2 gesunde nachher. Keine Aborte. Fall 147: Elternluetisch, Mutter † an Tabes, Kind wahrscheinlich mit Lues geboren. Fall 170: Mutterluetisch. Erster Mann † an Tabes, dessen einziges Kind war idiotisch, Patient das einzige Kind aus zweiter Ehe. Fall 171: Vaters Vater † an Dementia paralytica, Vater hatte Tripper und Schanker. Fall 173: Vater † an Dementia paralytica, Mutter † an Lues cerebrospinalis, Kind † juveniler Dementia paralytica (Übergangsform zwischen zerebraler Kinderlähmung und juv. P.). Fall 195: Vater Potator, Schmierkur durchgemacht. Patient letztes Kind von 6 Geburten (3 Aborte). Kind auch Schmierkur durchgemacht, ohne Erfolg. Fall 201: Vaterluetisch, Potator, als Kind epileptisch. liederlich. Patient Erstgeburt, schwere Geburt. 2 spätere Kinder Symptome von Syphilis. Fall 222: Vaterluetisch, Kind verdächtiges Exanthem. Fall 229: Vater vielleichtluetisch, 2 verdächtige Totgeburten. Patient mit 9 Tagen Scharlach. Fall 244: Verdächtig wegen der Anzahl der Aborte und der jung gestorbenen Kinder. Fall 249: Vater Schmierkur durchgemacht, Rückenmarkskrank. Fall 250: Eltern blutsverwandt, Vater Schanker. 2 totfaule Kinder. Schwere Geburt.

Von diesen 24 Fällen kann man die Lues in der Aszendenz a) als sicheres ätiologisches Moment annehmen in 6 Fällen (zirka 2,3%) (Fälle 11, 52, 147, 170, 173, 195), b) als wahrscheinliches in 6 Fällen (zirka 2,3%) (Fälle 28, 32, 120, 222, 249, 250), c) als möglicherweise in 11 Fällen (zirka 4,2%) (Fälle 23, 29, 42, 111, 115, 136, 139, 171, 201, 229, 244, d) in Fall 145 kommt die Lues des Vaters höchstwahrscheinlich gar nicht in Betracht: denn vor der Geburt des Patienten hatte die Mutter 3 gesunde Kinder, nach ihm 2 weitere gesunde Kinder. Aborte haben nicht stattgefunden. Die Ätiologie des Falles ist dunkel. Bei den 6 Fällen unter a) finden sich nur in zweien noch andere prädisponierende Momente, die jedoch wenig in die Wagschale fallen. In Fall 52 Phthise der Mutter und 191 Potus des Vaters. Bei den 6 Fällen unter b) sind 4, (28, 32, 120, 222) die nur aus Vorsicht nicht den in a) aufgezählten, zugerechnet wurden; hier sind außer der wahrscheinlichen Lues keine weiteren prädisponierenden Momente vorhanden. Wir können also sagen, daß in 11 Fällen (zirka 4,2%) Lues sicher bzw. höchstwahrscheinlich die Ursache der Idiotie war.¹⁾

Von den 11 sub c) angeführten Fällen, in denen Lues möglicherweise in Betracht kommt, ist Fall 23 derjenige mit der größten Wahrscheinlichkeit; dann kommt Fall 244, in welchem allerdings Potus patris zu beachten ist, in Fall 42 Phthisis der Mutter. In Fall 201 haben wir neben Lues, Potus und Epilepsie des Vaters und schwere Erstgeburt; hier ist die Wahrscheinlichkeit der luetischen Genese am geringsten.

In den übrigen Fällen hat sich außer der möglichen Lues kein anderes Moment gefunden.

Jedenfalls ist also in allen diesen 11 Fällen die Lues mindestens als mitwirkendes, bzw. prädisponierendes Moment, nicht auszuschließen.

Bemerkenswert ist noch das relativ häufige Vorkommen von Dementia paralytica und Tabes in der Aszendenz.

¹⁾ In Fall 250 könnte die schwere Geburt eventuell eine Rolle gespielt haben.

Es findet sich:

- 1 mal Dementia paralytica beim Vater,
- 1 „ Tabes beim Vater,
- 1 „ „ bei der Mutter,
- 1 „ „ bei dem ersten Mann einer luetischen Frau,
- 1 „ Dementia paralytica bei Vaters Bruder,
- 1 „ „ „ „ Vaters Vater.

Vergleichen wir nun zum Schluß unsere Resultate¹⁾ mit den bei den anamnestischen Untersuchungen bei den zerebralen Kinderlähmungen erhaltenen, so sehen wir, wenn wir mit der Lues beginnen, daß bei X sowohl wie bei Y die Lues sowohl das einzige ätiologische Moment sein kann, wie sie auch als prädisponierendes — mitwirkendes Moment in Betracht kommt.

2. Die schwere bzw. asphyktische Geburt findet sich bei X wie bei Y, und beidemale findet sich dieses Moment nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen als ätiologisches, in einer noch kleineren Anzahl als mitwirkendes, als fraglich es in einer größeren Anzahl.

Während endlich bei X in 2 Fällen dieses Moment sicher keine Rolle spielte, fand sich ein solcher Fall bei Y nicht. Hierauf ist natürlich vorläufig kein besonderes Gewicht zu legen.

3. Trauma capitis. Auch hier Übereinstimmung zwischen X und Y. Es gibt bei beiden sicher nicht prädisponierte Fälle, bei denen das Trauma das verursachende Moment ist. Unter X befand sich ein Fall, in welchem das Trauma zunächst zu einfacher Idiotie führte, und sich erst später eine Lähmung einfand. (Übergangsform zwischen Y und X.)

4. Infektionskrankheiten (Lues ausgenommen). Von Interesse ist die Übereinstimmung zwischen X und Y auch hier.

Die bei X in Frage kommenden Infektionskrankheiten waren: Scarlatina, Scarlatina und Diphtherie, Pneumonie, Masern und Pneumonie, Pneumonie und Diphtherie, und Meningitis cerebrospinalis. Bei Y: Scarlatina, Masern, Masern und Scharlach, Pneumonie, Diphtheritis und Pneumonie, Meningitis, Gastrisches Fieber, Pertussis.

¹⁾ Der Kürze halber bezeichne ich die hier besprochene einfache Idiotie mit Y, die zerebralen Kinderlähmungen mit X.

Daß Infektionskrankheiten die Rolle eines prädisponierenden etc. Momentes spielen können, gilt sowohl für X wie für Y.

Auch der Vergleich der prädisponierenden etc. Momente bei X und Y ergibt eine überraschende Ähnlichkeit. a) Geistes- bzw. Nervenkrankheiten bei X: 20 Fälle, Y: 84 Fälle. b) Phthisis in der Aszendenz bei X: 10 Fälle, Y: 36 Fälle, c) Vater Potator strenuus bei X: 16 Fälle, Y: 41 Fälle. d) Psychisches Trauma matris in graviditate bei X: 16 Fälle, Y: 32 Fälle. e) Somatisches Trauma matris in graviditate bei X: 2 Fälle, Y: 8 Fälle. f) Blutsverwandtschaft der Eltern bei X: 1 Fall, Y: 3 Fälle. g) Erstgeburt bei X: 19 Fälle, Y: 46 Fälle. h) Frühgeburt bei X: 7 Fälle, Y: 10 Fälle. i) Uneheliche Geburt bei X: 7 Fälle, Y: 17 Fälle. k) Kind schwächlich von Geburt an bei X: 11 Fälle, Y: 26 Fälle. l) Kind ein späteres oder das letzte Kind einer längeren Generationsreihe bei X: 7 Fälle, Y: 44 Fälle. m) Tod zahlreicher Geschwister in früher Jugend, bzw. mehr oder weniger suspekter Aborte bei X: 25 Fälle, Y: 44 Fälle. n) Nervenkrankheiten bei Geschwistern bei X: 5 Fälle, Y: 54 Fälle. o) Phthisis bzw. Skrofulose bei Geschwistern bei X: 41 Fälle, Y: 6 Fälle.

Die nebenstehende Tabelle zeigt sehr deutlich die große Übereinstimmung der zu X und Y führenden Momente.

Auf die zuweilen sogar sehr erheblichen prozentualen Differenzen möchte ich vorläufig kein allzugroßes Gewicht legen. Es ist mir sehr wahrscheinlich, daß bei erheblich größerem Vergleichsmateriale, sich diese Unterschiede zum größeren Teile ausgleichen würden. Doch mag diese Frage vorläufig noch eine offene bleiben.

Über das Verhältnis der Epilepsie zu X wie zu Y habe ich mich an anderer Stelle¹⁾ eingehend ausgesprochen.

Ich faßte mich damals dahin zusammen. 1. Es gibt kaum eine Variante der bei einfachen Epileptikern beobachteten Anfälle, die nicht auch bei X vorkommt. 2. Die Unterschiede liegen mehr in der geringeren Häufigkeit bzw. geringeren Intensität des Vorkommens gewisser Symptome, vor allem dem Zurücktreten der psychischen Erscheinungen und der Seltenheit des brutalen An-

¹⁾ Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (Bd. IV, Heft 4).

falles, infolgedessen weniger häufigen Vorkommens des Zungenbisses und von Verletzung.

Übersichtstabelle in Prozenten.

	Zerebrale Kinder- lähmungen (X)	Einfache Idiotie (Y)
1. Geistes- bzw. Nervenkrankheiten in der Aszendenz	ca. 28,5 ⁰ / ₀	32 ⁰ / ₀
2. Phthise in der Aszendenz	ca. 14,4 ⁰ / ₀	ca. 13,8 ⁰ / ₀
3. Vater Potator strenuus	23 ⁰ / ₀	ca. 15 ⁰ / ₀
4. Psychisches Trauma matris in graviditate	23 ⁰ / ₀	ca. 12,5 ⁰ / ₀
5. Somatisches Trauma matris in graviditate	ca. 2,9 ⁰ / ₀	ca. 3 ⁰ / ₀
6. Blutsverwandschaft der Eltern	1,4 ⁰ / ₀	ca. 1,1 ⁰ / ₀
7. Erstgeburt	27,1 ⁰ / ₀	ca. 17,6 ⁰ / ₀
8. Frühgeburt	10 ⁰ / ₀	3,8 ⁰ / ₀
9. Uneheliche Geburt	10 ⁰ / ₀	6,5 ⁰ / ₀
10. Kind schwächlich von Geburt an	15,7 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀
11. Kind ein spätes oder das letzte einer längeren Generationsreihe	10 ⁰ / ₀	16,9 ⁰ / ₀
12. Geistes- bzw. Nervenkrankheiten bei Geschwistern	7,1 ⁰ / ₀	30,7 ⁰ / ₀
13. Phthise bzw. Skrofulose bei Geschwistern	5,7 ⁰ / ₀	2,3 ⁰ / ₀
14. Tod zahlreicher Geschwister in früher Jugend bzw. mehr oder weniger suspekter Aborte	35,7 ⁰ / ₀	ca. 16,8 ⁰ / ₀
15. Schwere, bzw. asphyktische Geburt	11,4 ⁰ / ₀ (14 ⁰ / ₀ ?)	10 ⁰ / ₀
16. Trauma	5,7 ⁰ / ₀	2,6 ⁰ / ₀ (2,5 ⁰ / ₀ ?)
17. Infektionskrankheiten	7,1 ⁰ / ₀	3,4 ⁰ / ₀ (2,3 ⁰ / ₀ ?)
18. Lues	4 ⁰ / ₀ sicher 3 ⁰ / ₀ wahr- scheinlich also evtl. 7 ⁰ / ₀	6,5 ⁰ / ₀ sicher bzw. hochwahrscheinlich, 4,2 ⁰ / ₀ möglich; also evtl. 10,7 ⁰ / ₀

Hier möchte ich noch folgende Bemerkungen hinzufügen:

Daß die Epilepsie im Laufe der Jahre häufig zur Verblödung führt, ist unbestritten. In wie vielen Fällen jedoch von sicher nicht angeborener Idiotie Epilepsie zur frühzeitigen Verblödung

führt, oder in wie weit sie dazu führt unabhängig von der vielleicht daneben bestehenden Gehirnerkrankung läßt sich nicht einmal vermutungsweise aussprechen. In 57 meiner 260 Fälle traten die Krämpfe während der ersten 7 Monate auf, in 94 später. Ob diese Kinder nicht auch ohne das Auftreten der Krämpfe Idioten geworden wären, ist mir mehr als zweifelhaft. Daß die Epilepsie zum mindesten die psychische Hemmung begünstigt hat, dürfte eine für einen sehr großen Teil der Fälle zutreffende Vermutung sein.

Über die Anlage besonderer Speisesäle in den öffentlichen Irrenanstalten.¹⁾

Von

Geh. Med.-Rat Dr. **Ludwig**, Heppenheim a. d. B.

Am 5. März 1881 beantragte ich bei der vorgesetzten Behörde den Umbau dreier in dem Erdgeschoß des Wirtschaftsgebäudes der hiesigen Anstalt dicht neben der Küche gelegener Räume zu einem Speisesaal für ruhige und halbruhige männliche Kranke aus niederen Ständen.

Diese Räume (zusammen 99 qm) waren ursprünglich zur professionsmäßigen Beschäftigung dem Handwerkerstand angehörender Kranken bestimmt. Da aber die hiesige Anstalt vorwiegend dem Bedürfnis akuter Kranken dienen sollte, so lag die genannte Art regelmäßiger Beschäftigung im geschlossenen Raume weder im Interesse der Kranken, noch in dem der Anstalt, die erwähnten Räume konnten somit einer anderen, zweckmäßigeren Bestimmung überwiesen werden. Als das Richtigste erschien mir, wie gesagt, die Anlage eines Speisesaals, und zwar aus folgenden Gründen.

Mit Recht sagt *Hitzig* in seiner verdienstvollen Schrift „Die Kostordnung der psychiatrischen- und Nervenlinik der Universität Halle-Wittenberg“ (S. 80): „Eine der hauptsächlichen Aufgaben jeder Kostordnung besteht darin, daß die Verpflegten durch das ihnen Verabreichte zufriedengestellt werden.“ Ist dieser Aus-

¹⁾ Vortrag, gehalten in der 65. Wanderversammlung der hessischen Irrenärzte am 14. Dezember 1903.

spruch, der den Einfluß des psychischen Zustandes des Empfängers der Kost auf den Erfolg der Nahrungszufuhr hervorhebt, schon an sich von allgemein anerkannter Bedeutung, so ist er dies doppelt, sobald es sich um die Kostordnung einer Irrenanstalt handelt. Doppelt schwierig ist aber alsdann auch die Lösung der Aufgabe. Es genügt nicht, daß man die Aufmerksamkeit auf die physiologisch-chemischen Vorbedingungen, den Brennwert der Nahrung usw. richtet, ferner auf die Auswahl und Zusammenstellung, die Abwechselung und die Zubereitung der Speisen und endlich auf den Kostenpunkt, man muß vielmehr auch auf gewisse begleitende Umstände Gewicht legen, die sich auf die Form, auf das Wie und Wo der Verabreichung der Kost beziehen, und bekanntlich in der Welt der Gesunden als bewährte Mitbedingungen einer zufriedenen Stimmung der Tischgäste geschätzt werden und zu allen Zeiten geschätzt worden sind. Und da überdies die Annahme gestattet ist, daß die bei jeder Mahlzeit erzeugte Zufriedenheit sich nicht auf die Dauer der einzelnen Mahlzeit beschränkt, sondern mehr oder weniger auch auf die Zwischenzeiten sich ausdehnen läßt, so erscheint die Frage berechtigt, ob gegebenen Falles alles geschehen sei, um die soeben angedeuteten, die Ernährung psychotherapeutisch unterstützenden Momente so weit wie nur möglich in Wirkung treten zu lassen.

Erfahrungsgemäß zeigen nicht wenige Pfleglinge unserer Irrenanstalten um die Zeit der üblichen Hauptmahlzeiten ein relativ geordnetes, ruhigeres und lenksames Verhalten. Ihre gruppenweise Vereinigung zum gemeinsamen Mahl erscheint daher von vornherein möglich und ist in den Anstalten in der Weise längst eingeführt, daß man in der Regel die Kranken in dem sogenannten Tagraum der Abteilung ihre Mahlzeit einnehmen läßt. Nun spielt sich bekanntlich in diesen Räumen nicht immer nur Erfreuliches und Schönes ab, und im Winter und überhaupt bei ungünstiger Witterung verstreichen nicht selten Tage, ohne daß die Kranken den Tagraum verlassen können. Es ist deshalb ein Fortschritt, wenn man innerhalb der Krankenabteilungen besondere Speiseräume einrichtet, die nur diesem Zweck dienen (interne Speisesäle). Es ist aber ein noch größerer Fortschritt, wenn man auch außerhalb der Abteilungen, und zwar am besten

in nächster Nähe der Küche der Anstalt, für jede Geschlechtsseite einen großen Speisesaal anlegt (externe Speisesäle). Versäumt man alsdann nicht, wie für eine tadellose hygienische Zweckmäßigkeit, so namentlich auch für eine freundliche und anmutende äußere Ausstattung des Speisesaals Sorge zu tragen, so kann man nicht allein eine größere Anzahl von Kranken zum gemeinsamen Mahl vereinigen, sondern man darf auch einer wohltuenden Einwirkung auf das Gemüt und das gesamte Verhalten der Kranken gewiß sein. Jede derartige Einwirkung ist aber um so höher zu bewerten, weil uns ja in den Anstalten das Abhalten von Schädlichkeiten weit leichter gelingt, als das durch unseren Subjektivismus erschwerte Erwecken positiver Empfindungen, die den Kranken wirklich erfreuen und ihm nützen.

Indem der Kranke die gewohnten Räume der mehr oder weniger geschlossenen Abteilung verläßt, um sich nach dem externen Speisesaal zu begeben, wird schon unterwegs das Einerlei seiner Wahrnehmungen wohlthätig unterbrochen. Er wird allen ihn negativ erregenden Reizen, allen widrigen Erlebnissen, die das tägliche Leben innerhalb der nur zu oft überfüllten Abteilung notwendig mit sich bringt, entrückt, um in einer ihm mehr sympathischen Umgebung neuen, durchaus andersartigen Reizen ausgesetzt zu werden. Der bloße Anblick des Saales ruft ihm ungestört heitere Bilder aus der Zeit der Gesundheit zurück und übt auf seine Stimmung einen in günstigem Sinne dominierenden Einfluß aus. Man kann ihm, was den richtigen Gebrauch zerbrechlicher oder unter Umständen gefährlicher Geschirre und Geräte oder die Schonung der Tischdecke usw. betrifft, ein Vertrauen entgegenbringen und eine Selbständigkeit einräumen, wie es innerhalb der Abteilung mit Rücksicht auf das gesamte Milieu unmöglich gewesen wäre. Gar manche Kranke werden die ganz Situation als ein Stück wirklich freier Behandlung empfinden, als Beweis eines sie verpflichtenden Vertrauens, vor allem aber als das Zugeständnis einer von ihnen, den Angehörigen der letzten Pflegeklasse, seither nur zu oft vermißten Achtung und Wertschätzung. Diese Empfindungen werden sich bei der gleichen Gelegenheit erneuern und indem sie fortwirken, sind sie dem Kranken ebenso angenehm, wie es ihn schmerzen würde, wenn ihn der Arzt mit

der Zigarre im Munde besuchen oder stets nur im Vorübergehen mit herablassender Kordialität flüchtig begrüßen wollte.

Hat der Kranke nur einmal den Speisesaal besucht, so kehrt er ohne Widerstreben dahin zurück und achtet mehr und mehr schon aus eigenem Antrieb und unabhängig von dem Wärter darauf, daß er in seiner Kleidung, seiner Haltung usw. geordnet und anständig erscheint, nicht auffällt und nicht stört.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist es aber, daß und wie der Kranke mit dem nächsten Zweck des Speisesaals in unmittelbare psychische Verbindung tritt, seine Eblust wird geweckt, es regt sich in ihm ein Gefühl von Behaglichkeit. Hierbei hilft die Anregung mit, die das Speisen in geeigneter Gesellschaft schon an sich mit sich bringt und ebenso die durch die Auswahl der den Speisesaal besuchenden Kranken und durch den ihnen erlaubten freien Gebrauch von Gläsern, Messern und Gabeln gebotene Möglichkeit einer größeren Mannigfaltigkeit der Speisekarte und einer gesteigerten Rücksichtnahme auf ländlich-sittliche Liebhabereien.

Der Kranke nimmt den durch eine zweckmäßige Schaltervorrichtung vermittelten direkten Verkehr zwischen Küche und Speisesaal wahr und erkennt, daß die hereingeschobenen Speisen in der Tat in der für ihn bestimmten, unterwegs nicht etwa veränderten Quantität und Qualität an ihn wie an die übrigen Kranken gelangen. So schwindet in gar manchen Fällen das vorher beobachtete Mißtrauen und Widerstreben gegen die Nahrung ohne weiteres, und der Arzt lernt die lediglich in zufälligen und äußeren Umständen begründete und nach deren Beseitigung schwindende Appetitlosigkeit und Nahrungsverweigerung von neuem unterscheiden von der rein psychogenen Abstinenz, die den Kranken von der Teilnahme am gemeinschaftlichen Mahl ausschließt, und zwar nicht selten zu seinem eigenen Vorteil. Denn als eine günstige Nebenwirkung garantiert der externe Speisesaalbetrieb den in den Abteilungen zurückgebliebenen Kranken ein erhöhtes Maß individualisierender Sorgfalt bei dem Darreichen der Nahrung. Es finden dann auch die Fälle mehr Beachtung, in welchen der in Gesellschaft abstinierende Kranke in einem Einzelzimmer ohne Widerstreben und mit Appetit ißt.

Wie für die Kranken, so stellt der externe Speisesaal und

sein Betrieb auch für das Wartpersonal erhebliche Vorteile in Aussicht.

Eine der größten Schwierigkeiten bei der Erziehung und Ausbildung des Wartpersonals wurzelt in dem äußerst geringen sozialen Wert, den die Gesellschaft der Geistesgesunden jedem Geisteskranken beizulegen pflegt. Dieselbe Geringschätzung hat der Wärter als Glied dieser Gesellschaft von Jugend auf in sich aufgenommen und bringt sie in die Anstalt mit. So erklärt es sich, warum es nur selten gelingt, den Wärter mit einem richtigen Verständnis seiner dienenden Stellung zu den seiner Pflege anvertrauten und überlassenen Geisteskranken zu erfüllen. Er weiß besser als der Arzt, wie man den unruhigen Kranken mit Erfolg beruhigt, wie man den unreinlichen Kranken zur Reinlichkeit erzieht, und bedient sich, weil er dies von jeher zu Hause und überall so gesehen und gehört hat, mit Vorliebe der gewalttätigen Repression. Den Arzt, den er im besten Fall für einen sonderbaren Schwärmer hält, sucht er durch Heuchelei zu täuschen. Was hier am sichersten hilft, ist bekanntlich der sachgemäße dienstliche und außerdienstliche persönliche Verkehr zwischen dem Wärter und seinem Vorgesetzten und vor allem dem Direktor, die vorbildliche unermüdliche Güte und Sorgfalt der Ärzte auch dem geringsten Kranken gegenüber, und der täglich stets in demselben Sinne sich wiederholende gesamte Innenbetrieb der Anstalt, der auf Schritt und Tritt zeigen muß, wie alles in dem Dienst des Kranken steht und daß alles nur für ihn geschieht. Hierbei wirkt eine Reihe ein für allemal festgelegter äußerer Verkehrsformen zwischen Wärtern und Kranken mit und zu diesen Formen, die immer von neuem den Wärter als Diener des Kranken erscheinen lassen, gehört die Art der Bedienung, die der Wärter in der Eigenschaft und Tätigkeitsform eines Kellners in dem Speisesaal zu leisten hat und auch zu leisten sich gewöhnt, wenn nur die durch die Lage und den Betrieb des Speisesaals außerordentlich erleichterte Oberaufsicht und Führung, die alles im rechten Flusse erhält, rechtzeitig zur Stelle ist. In dieser Weise wird der externe Speisesaal zu einem Erziehungsmittel wie für den Kranken, so auch für den Wärter.

Was nun, abgesehen von den seither besprochenen irrenärzt-

lichen Beziehungen, die Forderungen der Hygiene betrifft, so fällt vor allem in das Gewicht, daß an die Stelle des Tagraumes mit seiner unreinen Luft der große, gut ventilierte Speisesaal tritt. Der hiesige externe Speisesaal ist hell und luftig, acht große Fenster, Fußboden mit Mettlachplatten, elektrisches Licht, Heizung durch einen in der Mitte des Saales aufgestellten Porzellanofen. Die Speisen gelangen fertig angerichtet und stets warm auf den Tisch. Es ist unmöglich, daß Speisereste in der Abteilung zurückbehalten werden, wo sie zur Unreinlichkeit führen, die Luft verderben und das Ungeziefer groß ziehen, oder wo sie der Wärter zu seinem Privatvergnügen als Zwischenessen aufwärmt oder sie benutzt, um einen Kranken, den er für sich arbeiten läßt, zu überfüttern. Indem die Speisereste, wie alle Geschirre und Geräte auf dem kürzesten Weg aus dem Speisesaal in die Küche zurückgehen, erscheint die peinlichste Reinlichkeit gewahrt. Endlich können auch, während sich die Kranken in dem Speisesaal befinden, die entsprechenden Räume in den Abteilungen gereinigt und gelüftet werden.

Wie in hygienischer, so ist auch in wirtschaftlicher Beziehung zunächst wieder die Erleichterung der Oberaufsicht hervorzuheben. Man erlangt rasch und zuverlässig darüber Aufschluß, ob die Art der Verspeisung dem Kranken behagt oder nicht, ob die gereichten Mengen dem Bedürfnis entsprechen und ob überhaupt Änderungen und welche geboten erscheinen. Es ist klar, daß bei der hohen Bedeutung der Kost für den Kranken, nicht weniger aber auch für das Budget der Anstalt, diese Leichtigkeit und Sicherheit der Kontrolle von größtem Wert ist. Infolge des Wegfalls des Transports der Speisen aus der Küche nach den Abteilungen und zurück tritt eine Ersparnis an Geschirren ein, weniger Bruch. Ebenso wird eine Schonung des betreffenden Inventars dadurch vermittelt, daß die Geschirre und Geräte in unmittelbarer Nähe des Speisesaals in der Zentralspülküche und nicht in der Krankenabteilung gereinigt und aufbewahrt werden.

Da es sich in dem vorliegenden Fall nur um einen einfachen Umbau bereits vorhandener Räume handelte, so konnte der Kostenaufwand nicht ins Gewicht fallen. Aber auch die Neuanlage eines solchen Speisesaales würde an dem Kostenpunkt nicht scheitern

dürfen, da der Saal vorübergehend auch manchen anderen Zwecken dienen kann, z. B. als Speisesaal oder als Unterrichtslokal für die Wärter, und da ferner der Kostenaufwand überhaupt als ein im besten Sinne produktiver erscheint.

Am 1. Oktober 1883 wurde der externe Speisesaal für die männlichen Kranken der hiesigen Anstalt — das sogenannte Refektorium — eröffnet und seitdem, also in 20 Jahren, haben sich die gehegten Erwartungen in durchaus befriedigender Weise erfüllt. Hatte ich anfänglich nur auf ruhige und halbruhige Kranke gerechnet, so konnten schon bald, wie ich dies im Jahre 1884 im 41. Band der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Seite 612, bereits mitgeteilt habe, auch Kranke der unruhigen Abteilung und zwar in erster Linie, beteiligt und mittags wie abends 73 männliche Kranke, bedient von sechs Wärtern, bei Tisch vereinigt werden. Höchst selten ist der Versuch, einen Kranken in den Speisesaal einzuführen, mißglückt. Irgendwelche ernste Störung, wie sie infolge des freien Gebrauchs von Messer und Gabel usw. immerhin möglich gewesen wäre, hat sich nicht ereignet. Das Essen verläuft bei einer durchschnittlichen Dauer von 25 Minuten in Ruhe und Ordnung. Der Kranke findet schon nach dem ersten Tag den für ihn bestimmten Platz ohne Hilfe wieder und läßt, wenn er geht, das Tischtuch rein und den Teller leer zurück. Ausnahmen sind selten.

Die vorliegenden günstigen Erfahrungen und die Unmöglichkeit einer baulichen Vergrößerung des Speisesaals führten im Jahre 1893 zum Neubau eines inmitten der Gemüse- und Obstgärten der Anstalt gelegenen zweiten externen Speisesaales, des sogenannten Gartensaales, für die in der günstigen Jahreszeit vom Morgen bis zum Abend hier verweilenden und beschäftigten männlichen Kranken.

Die Errichtung eines externen Speisesaales für die weiblichen Kranken der hiesigen Anstalt konnte bisher, weil sie von der vorherigen Ausführung verschiedener größerer Um- und Neubauten abhängt, noch nicht in Angriff genommen werden. —

Wie schwierig es ist, die öffentliche Meinung mit den Irrenanstalten zu befreunden, weiß jeder Irrenarzt, und je älter er wird, um so besser. Diese Schwierigkeit tritt bemerkenswerterweise

nicht selten unter Umständen verstärkt zu Tage, wo man das Gegenteil erwartet hatte. Kein Sachverständiger bezweifelt z. B. die objektiv wohlthätige Wirkung der sog. Wachabteilung. Ich habe es aber erlebt, daß man die Mitteilung, der erkrankte Angehörige sei in der Wachabteilung untergebracht, oder werde dort untergebracht werden, mit allen Zeichen des Schrecks und der Bestürzung aufnahm und dringend um ein anderes Verfahren bat, obwohl durch die Einrichtung mehrerer kleinerer und größerer Wachabteilungen gegen die Vereinigung allzu heterogener Elemente in einem und demselben Raum weitgehende Vorsorge getroffen worden war. Es steht ja richtig, daß viele Kranke, wenn sie sich uns gegenüber aufrichtig aussprechen, in dem Wachsaal eine subjektive Wohltat ebensowenig erblicken wie ihre Angehörigen. Aber wie die öffentliche Meinung so manches Verfahren der inneren Medizin, so manchen chirurgischen Eingriff verstehen und schätzen gelernt hat, obwohl der Kranke darunter subjektiv leidet, so wird sie sich auch entsprechend der wachsenden Sicherheit in der Aufstellung der Indikation und infolge der immer zweckmäßigeren technischen Einrichtungen mehr und mehr mit der Wachabteilung ebenso versöhnen, wie der dort verpflegte Kranke. Die Entwicklung und Ausbreitung einer besseren Einsicht und eines sachgemäßen Verhaltens der Gesellschaft gegenüber den Irrenanstalten wird aber ohne Zweifel um so mehr beschleunigt werden, je mehr es gelingt, in den Betrieb der Anstalten Verfahren und Einrichtungen einzuführen, die von vornherein den Beifall der Kranken, der Angehörigen und der öffentlichen Meinung finden. Diesen Erfolg darf ich aber auf Grund meiner Erfahrung der Einführung des externen Speisesaales zuschreiben.

Ich wiederhole, daß das Refektorium der hiesigen Anstalt von untereinander sehr verschiedenen Kranken besucht wird. Selbstverständlich eignet sich der externe Speisesaal vortrefflich für die vorwiegend chronischen Kranken, die, wie z. B. in Alt-Scherbitz, in Villen ohne Fenstergitter und bei offenen Türen auf dem ausgedehnten Gebiet der Anstalt zerstreut wohnen und als regelmäßige Arbeiter im landwirtschaftlichen Betrieb sich völlig frei bewegen. Wird sich aber die Sache ebenso leicht gestalten, wenn die Benutzung des externen Speisesaals durch mehr akute, in den

geschlossenen Abteilungen untergebrachte Kranke in Betracht kommt?

Als *Ludwig Meyer* das Bauprogramm der für 250 akute Kranke bestimmten Irrenheilanstalt bei Marburg inspirierte, war er zur Einführung des täglichen gemeinsamen Mahles in einem besonderen, außerhalb der Krankenabteilungen gelegenen Speisesaal entschlossen. Er sagt (Westphals Archiv, Bd. 7, S. 229): „Um die Räume zur Abhaltung von Festlichkeiten nutzbarer zu machen, sind sie in das Küchengebäude verlegt und werden, wie in den neueren englischen Irrenanstalten, in diesem schönen und luftigen Saale etwa 100 Geisteskranke, also sämtlich ruhige und rüstige, ihr tägliches Mittagsmahl verzehren.“ Hierbei wollte *Ludwig Meyer* männliche und weibliche Kranke gemeinsam speisen lassen. In Wirklichkeit hat jedoch diese Benutzung des Festsaals der Marburger Heilanstalt niemals stattgefunden, auch nicht für ein Geschlecht. Warum, ist mir nicht bekannt. Jedenfalls hat man aber die Beteiligung akuter Kranken nicht unter allen Umständen und prinzipiell gescheut. Allerdings hatte *Ludwig Meyer* nur ruhige und rüstige Kranke in Aussicht genommen, aber immerhin doch akute. Wie mir scheint, hielt die isolierte, freie Lage des Küchengebäudes davon ab, die in den zerstreut liegenden Häusern der Anstalt wohnenden akuten Kranken in jeder Jahreszeit, bei jeder Witterung, bei Tag und nach angebrochener Dunkelheit, nach dem Küchengebäude hin und zurück zu geleiten. Wohl mit Rücksicht hierauf hat auch *Ludwig Meyer* nur von dem täglichen Mittagsmahl gesprochen. Will man dagegen täglich, mittags wie abends, männliche und weibliche Kranke, und zwar, wie es in der hiesigen Anstalt geschieht, auch Kranke der unruhigeren Abteilungen, oder will man selbst Kranke der Wachabteilungen den externen Speisesaal besuchen lassen, und legt man Wert auf die Ermöglichung auch einer nur versuchsweisen und vorübergehenden Beteiligung, so muß, außer der Situation des Saales neben der Küche der Anstalt, noch einer zweiten Vorbedingung des Erfolgs entsprochen und demgemäß eine gedeckte und geschlossene Verbindung zwischen dem externen Speisesaal und den verschiedenen Krankenabteilungen hergestellt werden. Die hiesige Anstalt besitzt eine solche Verbindung in dem Untererdgeschoß-Korridor

der durch mehrere Treppenhäuser mit allen Krankenabteilungen der Anstalt direkt kommuniziert und in nächster Nähe der Küche und des Speisesaals ausmündet.

Vor 41 Jahren, im Jahre 1862, habe ich in einer vorläufigen Mitteilung im 19. Band der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. Seite 529, gesagt, daß bei dem Entwurf der Hauptlinien des Bauplanes der hiesigen Anstalt mein Streben darauf gerichtet gewesen sei, mich vorzugsweise nach dem zu richten, was ich in dem damaligen Hofheim, also in einer alten und baulich sehr unvollkommenen Anstalt, unter und mit meinen Kranken selbst erlebt hatte. Nun waren damals in Hofheim die 180 männlichen Kranken in fünf voneinander getrennten größeren und kleineren Gebäuden untergebracht, wie auch die Wohnungen der Ärzte und der übrigen Beamten, die Küche und die Waschküche usw. sich in verschiedenen Gebäuden befanden, und ich hatte im Laufe der Jahre die Überzeugung gewonnen, daß infolge dieser baulichen Anordnung wichtigen Indikationen des Betriebs der Anstalt nur unvollkommen genügt werden könne.

Was ich vermißte und von dem Bauprogramm der hiesigen für 200 bis 250 vorzugsweise akute Kranke bestimmten Anstalt hauptsächlich fordern zu müssen glaubte, war zunächst mehr Ruhe und Stille für die Kranken durch eine größere Sicherheit im Fernhalten schädlicher Reize, insbesondere für Auge und Ohr, ferner eine ungestörte und nicht störende Dislokation der Kranken innerhalb der Anstalt und überhaupt eine bauliche Gestaltung und Führung des ärztlichen wie des wirtschaftlichen Betriebs, die, indem sie den Dienst mechanisch erleichtert, das Bewußtsein und das Gefühl der Verantwortlichkeit unter den Beamten und Bediensteten der Anstalt nicht nur nicht schwächt, sondern stärkt und ihre Arbeitskraft und Arbeitsfreudigkeit durch am rechten Ort und zur rechten Zeit eintretende Schonung konserviert und steigert. Ein besonderes Gewicht legte ich auf die Sicherstellung einer unerwarteten und unvorhergesehenen persönlichen Überwachung des Wartpersonals und seiner Tätigkeit bei jeder Witterung, zu jeder Tages- und Nachtzeit und mit dem geringsten Aufwand an Zeit und Kraft.

Von diesen Postulaten ausgehend, und zugleich mit Rücksicht auf

die Sparsamkeit, die überall da geboten erscheint, wo es sich um die Verwendung öffentlicher Gelder handelt, konnte ich das damalige Hofheimer System der getrennten Gebäude in das Bauprogramm der hiesigen Anstalt nicht übertragen, glaubte vielmehr für das Korridorsystem eintreten zu müssen. So entstand der vorhin erwähnte Untererdgeschoß-Korridor der hiesigen Anstalt.

Über diesen Korridor hat sich *Erlenmeyer*, der Vater, in der Beschreibung seines Besuchs der hiesigen Anstalt in dem Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie usw. 15. Jahrgang 1868, Seite 167, mit folgenden Worten geäußert: „Noch einer Besonderheit muß ich Erwähnung tun, die ich hier zum ersten Male gefunden habe, die mich aber durch ihre Einfachheit und praktische Einrichtung überrascht hat. Im Souterrain ein Verbindungsgang von dem Wirtschaftsgebäude nach der Tobabteilung, der es dem ärztlichen und dem Verwaltungspersonal gestattet, mit Umgehung der Zwischenabteilungen direkt aus dem Zentrum des Hauses nach der Tobabteilung zu kommen.“

„Die nahe Verbindung der Tobabteilung mit der ärztlichen Oberleitung und der Administration wird hierdurch bedeutend erhöht. Die Ärzte usw. können in kürzester Zeit, ohne von den übrigen Abteilungen bemerkt und weiter telegraphiert zu werden, ganz plötzlich in der Tobabteilung erscheinen. Die Kranken der Tobabteilung können mit dem Zentrum leicht korrespondieren und zu Besuchen, gerichtlichen Verhandlungen usw. nach den im Wirtschaftsbau befindlichen Sprechzimmern verbracht werden, ohne andere Abteilungen zu passieren und zu beunruhigen.“

„Ebenso sind Versetzungen der Kranken rasch und ohne Störung möglich, was allein schon ein Vorteil ist. Welcher Lärm entsteht nicht oft dadurch, daß eine plötzlich aufgeregte Kranke in die Tobabteilung verbracht werden muß! Ein großer Vorteil ergibt sich auch für den Transport der Speisen. Wie viele Türen müssen oft in einem langen Korridor, der durch drei und vier Abteilungen führt, geöffnet und geschlossen werden, wie viel Aufenthalt gibt es da, wie viel Gelegenheit zu unnützer Plauderei! Das Essen kommt abgekühlt zu den Kranken. Alle diese Unannehmlichkeiten werden durch diesen Kommunikationsgang vermieden. Ich will nur diese wenigen Punkte hervorheben, um die Leser zu

überzeugen, wie praktisch diese so einfache Einrichtung ist; ich könnte aber vieles andere zu ihren Gunsten sagen.“

In seiner Schrift „Die freie Behandlung der Gemütskranken und Irren in detachierten Kolonien“, Neuwied 1868 S. 54, kommt der genannte Autor auf die Sache zurück und sagt: „Für die Verbindung der einzelnen Abteilungen einer geschlossenen Anstalt habe ich bei einer anderen Gelegenheit den unterirdischen Kommunikationswegen, wie sie zum ersten Male in der Großherzoglich Hessischen Landes-Irrenanstalt zu Heppenheim zur Ausführung gekommen sind, ganz besonders das Wort geredet, und ich lebe auch heute noch der Überzeugung, daß dieselben für den ärztlichen sowohl wie für den administrativen Dienst viel zweckmäßiger sind, als die überirdischen Kommunikationswege.“ —

Diesen Äußerungen *Erlenmeyers* und meiner erwähnten Mitteilung im 19. Band der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie füge ich ergänzend bei, daß die Wahl des Korridorsystems für die hiesige Anstalt und der durch diese Wahl gewonnene Unterirdigeschoß-Korridor es ermöglicht haben, in jedem Stockwerk der Anstalt eine Reihe von größeren und kleineren Abteilungen bis zu einer Abteilung für einen bis höchstens drei Kranke so nebeneinander zu situieren, daß jede einzelne Abteilung für sich und in ihrer direkten Verbindung mit den Zentren der Verwaltung, der Wirtschaft, und des ärztlichen Betriebs eine fertige selbständige Anstalt mit separatem Ein- und Ausgang für eine bestimmte Krankengruppe darstellt, unabhängig von der Nachbarabteilung und doch wieder in der Lage, in jedem Augenblick zu jeder Tages- oder Nachtzeit, bei jeder Witterung usw. mit irgend einer anderen Abteilung ohne Störung einer Zwischenabteilung in Verbindung zu treten. Infolge dieser Anordnung kann dem Prinzip der Individualisierung in der Behandlung und Pflege der Kranken sehr wohl entsprochen werden. Die viel getadelten oberirdischen Verbindungsgänge, ein- wie zweigeschossige, fehlen ebenso, wie die innerhalb der Krankenabteilungen langgestreckten monotonen Korridore, und daß ich bei der Errichtung der hiesigen Anstalt niemals daran gedacht habe, den Korridor der Zellenabteilung als Tagraum zu benutzen, habe ich schon im Jahre 1862 dargestellt. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. B. 19, S. 528.) Ferner sei

hier noch angeführt, daß ein solcher Untererdgeschoß-Korridor als Wandelbahn benutzt werden kann, daß er mit seinen verschiedenen direkten Ausgängen in das Freie bei Feuersgefahr eine rasch zu erreichende Zuflucht gewährt, daß die seitlich angrenzenden weiten Räume zur Beschäftigung der Kranken verwendet werden können und daß die unvermeidliche Unruhe, die durch den Verkehr und die Arbeit der verschiedensten Außenhandwerker usw. nicht selten bald da, bald dort in der Anstalt entsteht, infolge der Benützung des neutralen Untererdgeschoß-Korridors abgeschwächt und isoliert wird. Daß endlich dieser Korridor auch dann sich bewährt, wenn Kranke von ihren Angehörigen innerhalb der Krankenabteilung besucht werden sollen, bedarf keiner Erwähnung.

Daß *Erlenmeyer* von dem Nutzen schweigt, der sich aus der Verbindung des Untererdgeschoß-Korridors mit dem externen Speisesaal ergibt, erklärt sich einfach daraus, daß ich, als *Erlenmeyer* am 22. September 1867 die hiesige Anstalt besuchte, an diese Kombination und überhaupt an die Anlage besonderer Speisesäle noch nicht gedacht hatte. Heute vor die gleiche Aufgabe gestellt, würde ich, gestützt auf meine Erfahrung, zwar in manchen Einzelheiten eine andere Gestaltung des Korridors empfehlen, aber der eigentliche Wert dieser meiner Erfahrung hat seine Grundlage in der im Laufe der Jahre erkannten vielseitigen Verwendbarkeit des Korridors und wie gerade diese Vielseitigkeit mehr und mehr zeigte, was unserem Korridor noch fehlt, um den zahlreichen an ihn gestellten Anforderungen in noch höherem Grade wie jetzt zu genügen, so legte sie mir auch, nachdem ich die Anlage des externen Speisesaals in das Auge gefaßt hatte, die Frage nahe, ob nicht vielleicht der Untererdgeschoß-Korridor den Weg nach diesem neuen Ziele gleichfalls zu zeigen vermöge. Die Prüfung der Frage ergab sofort, daß dieser Korridor nicht allein einen richtigen, sondern auch den einzig brauchbaren Weg darstellt. —

Ich weiß sehr wohl, daß meine Ausführungen gegen die moderne Anschauung verstoßen, die das Korridorsystem schroff ablehnt. Aber ich bin der Ansicht, daß dieses System nicht deshalb verwerflich erscheinen und seine guten Eigenschaften

verlieren kann, weil man es da und dort verkehrt realisiert hat oder weil man seine Evolutionsfähigkeit ignoriert. Es ist mir ferner bekannt, daß man heute eine praktische Unterscheidung zwischen kleineren vorzugsweise für akute Geisteskranke bestimmten und größeren zumeist dem Bedürfnis chronischer Kranken dienenden Anstalten als ein ungerechtfertigtes Beharren auf einem überwundenen Standpunkt zu bezeichnen liebt. Trotzdem halte ich diese Unterscheidung je nach den im Einzelfall vorliegenden Verhältnissen und Bedingungen für zweckmäßig und sogar geboten.

Die seit neuester Zeit auf dem Gebiet der öffentlichen Irrenfürsorge dominierenden Bestrebungen (koloniale Irrenanstalt — familiäre Irrenpflege — Errichtung von Monstreatalten nur für die letzte Pflegklasse) sind, wie mir scheint, weit mehr auf eine mehr oder weniger zweckmäßige Massenversorgung chronischer Geisteskranken, als auf das Bedürfnis der akuten Geisteskranken gerichtet. Eine derartige Einseitigkeit der Irrenfürsorge wäre, wenn allgemein und dauernd, in hohem Grade bedenklich. Es läßt sich nicht bestreiten, daß man in allen Kreisen des Volks den großen öffentlichen Irrenanstalten trotz aller ihrer inneren und äußeren Reformen noch immer ablehnend gegenübersteht, während im Gegensatz hierzu die psychiatrischen Universitätskliniken und die Stadtasyle dank ihrem raschen Aufnahmeverfahren, ihrer lebhaften Krankenbewegung und ihrer gesicherten Evakuierung in steigendem Maße aufgesucht werden. Daß dies in keiner Weise davon abhängt, ob und in welchem Grade die Einrichtungen der zuletzt genannten Anstalten den modernen Anforderungen entsprechen oder nicht, ja daß die Familie des Kranken selbst die denkbar unvollkommensten und primitivsten äußeren Verhältnisse nicht scheut, haben die provisorischen Kliniken in Halle (Professor *Hitzig* 1889—1891) und in Würzburg (Professor *Rieger* 1888—1893) überraschend und unwiderleglich nachgewiesen.

Es läßt sich ferner ebenso wenig bestreiten, daß die heutige Entwicklungsstufe der klinischen Psychiatrie und ihrer diagnostischen Methoden nicht sehr selten schon bei der Frage, ob in einem gegebenen Fall Geisteskrankheit oder Minderwertigkeit oder Simulation vorliege, zu einer folgenschweren Uneinigkeit der angerufenen Sachverständigen führt, und es steht fest, daß selbst

der erfahrene Arzt und gerade er sich gar manchmal außerstande sieht, den weiteren Verlauf und Ausgang einer an sich zweifellosen Geisteskrankheit mit der von dem privaten oder dem öffentlichen Bedürfnis geforderten Bestimmtheit und Zuverlässigkeit vorauszusagen, alles Tatsachen, die bei der Beurteilung der Stellung, welche die Irrenärzte und die Irrenanstalten in der öffentlichen Meinung noch immer einnehmen, in Rechnung gebracht werden müssen. Hieraus ergibt sich aber die Notwendigkeit fortgesetzter intensiver wissenschaftlicher Forschung, und da diese Forschung nicht am wenigsten von einer sympathischen Stellung der Gesellschaft zu den Anstalten abhängt und insbesondere zahlreiche früh- und rechtzeitige Aufnahmen in die Anstalt als unerläßliche Vorbedingung voraussetzt, so erscheint es geboten, daß unsere öffentlichen Anstalten und ihr Betrieb sich mehr, als dies in der letzten Zeit geschehen ist, im Sinne der psychiatrischen Kliniken und der Stadttasyle, also zugunsten der akuten Kranken und der sogenannten frischen Fälle, entwickeln. Mit anderen Worten: Wir haben neben den großen Heil- und Pflegeanstalten, die teils aus empirisch-therapeutischen, teils aus ökonomischen Gründen die Arbeitsfähigkeit vorwiegend chronischer Kranken systematisch verwerten, und ferner neben den Veranstaltungen zur Einführung und Ausbreitung der familiären Irrenpflege noch weitere und zwar kleinere Anstalten nötig, bestimmt für vorwiegend akute Geisteskranke und gewisse Gruppen der Nervösen, sogenannte Aufnahme- und Durchgangsanstalten, reine Krankenhäuser, die unter wissenschaftlich hervorragender und anregender Führung und in lebendigem Kontakt mit der psychiatrischen Universitätsklinik und den übrigen Anstalten des Landes, frei von jeder Verbindung mit einer größeren modernen Landwirtschaft oder einem Werkstättenbetrieb usw. dem wissenschaftlichen Fortschritt nach jeder Richtung hin folgen und ihn durch ihre eigene Kraft und Tätigkeit fördern. Der humanere Charakter der heutigen Irrenanstalten ist eine Frucht der fortgeschrittenen wissenschaftlichen Erkenntnis, und Pinel hat bekanntlich in Bicêtre die Geisteskranken aus den Ketten befreit nicht etwa in flammender Begeisterung für die freiheitlichen Ideale der Revolution oder in einer ihn überwältigenden Regung barmherzigen Mitgefühls, sondern weil

er von der Richtigkeit und Zweckmäßigkeit seines Handelns wissenschaftlich überzeugt war.

Es liegt nicht in meiner Absicht, diese flüchtigen Andeutungen einer fundamentalen Organisation hier weiter zu verfolgen. Es kam mir nur darauf an, die Bedeutung besonderer Speisesäle für jede öffentliche Irrenanstalt, und insbesondere die in der hiesigen Anstalt realisierte Kombination: „externer Speisesaal und Unter-erdgeschoß-Korridor“, befürwortend hervorzuheben. Ich lege auf diese Kombination Wert, einmal, weil jedes ihrer beiden Glieder für sich allein und ebenso beide vereint seit vielen Jahren sich bewährt haben, und dann, weil diese Kombination die Ansicht stützen hilft, daß unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. für die Errichtung einer kleineren öffentlichen Anstalt in dem angegebenen Sinn, nicht dem Pavillonsystem und nicht dem Korridorsystem, sondern einer sachgemäßen Verbindung beider Systeme der maßgebende Einfluß zusteht.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

5. Jahresversammlung Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 3. August 1903 in der Psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.

Anwesend waren die Herren: *Abée-Kiel, Behrens-Kiel, Bockendahl-Kiel, Clemens-Schönwalde, Degenkolb-Neustadt, v. Düring-Kiel, Engelken-Rockwinkel, Goetzke-Altona, Glasow-Kiel, Hermkes-Kiel, Halbey-Langenhorn-Hamburg, Hinrichs-Schleswig, Jaspersen-Preetz, Jühlke-Schleswig, Knoop-Kiel, Lomm-Kiel, Luther-Neustadt, Matusch-Sachsenberg, Meyer-Kiel, Nahm-Kiel, Noesske-Kiel, Nonne-Hamburg, Osterdinger-Rellingen, Quinke-Kiel, Rohwedder-Ratzeburg, Schröder-Altona, Schwartz-Schwartau, Schlüter-Gehlsheim, Schlüter-Kiel, Sick-Kiel, Siemerling-Kiel, Wallichs-Altona, Wenk-Pinneberg, Walther-Gehlsheim, Werth-Kiel.*

Entschuldigt hatten sich: *Buchholz-Hamburg, Jenz-Schwerin, Kalmus-Lübeck, Lienau-Hamburg, Scheven-Gehlsheim, Wattenberg-Lübeck, Westpfahl-Greifswald.*

Professor *Siemerling-Kiel* eröffnet die Sitzung mit einer Begrüßung der Anwesenden.

Zum Vorsitzenden wird *Siemerling*, zum Schriftführer *Meyer-Kiel* gewählt. Die nächstjährige Versammlung soll in Altona stattfinden.

Auf Vorschlag von *Siemerling-Kiel* nennt sich der Verein von jetzt an: „Verein Norddeutscher Psychiater und Neurologen“.

1. *Siemerling*: Über Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten:

Meine Herren! Daß körperliche Erkrankungen Veranlassung zum Ausbruch von psychischen Störungen geben können, ist eine schon dem Altertum bekannte Tatsache. Besonders waren es die Delirien im Gefolge von erhöhter Temperatur, auf welche sich die Aufmerksamkeit richtete. Erst Ende des 18. Jahrhunderts wies *Esquirol* auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen akuten, fieberhaften Krankheiten und Psychosen im allgemeinen hin. Vereinzelt waren allerdings schon lange bei gelegentlichen Epidemien, z. B. bei Influenza Psy-

chosen beobachtet. In einer Bearbeitung der Influenza vom Jahre 1836 zitiert *Schweich* die Angaben eines Gewährsmannes über die Epidemie im Jahre 1580: „Etliche bekemen ein heftig Bluten, etliche werden irre und schwatzten oben den Berg, aber solches war gemeiniglich ein suae Delirium“. Ähnlich bekunden spätere Autoren, so *Löw* aus dem Jahre 1729, *Cullens* berichtet von der Epidemie des Jahres 1742, daß die Influenza im Kloster zu Sternberg mit Verstandesverwirrung einher ging. *Starck* bemerkt 1782, daß „die Krankheitsmaterie sich öfter auf das Gehirn geworfen habe, woraus eine Art Blödsinn oder schwacher Verstand entstand“. 1823 hob *Sebastian* das Vorkommen von Geistesstörungen beim Wechselfieber hervor, ein Zusammenhang, auf den allerdings schon früher *Sydenham* aufmerksam gemacht hatte. Trotzdem sprach *Baillarger* Mitte des 19. Jahrhunderts die Meinung aus, daß Psychosen bei akuten Infektionskrankheiten nur Komplikationen wären. Dieser Ansicht wurde aufs lebhafteste widersprochen und sie ist auch nicht zu allgemeiner Anerkennung gelangt. Ausführlichere Arbeiten über dieses Gebiet veröffentlichten dann 1857 *Schlager* (Psychosen bei Pleotyphus), namentlich fördernd hat die Publikation *H. Webers* 1865 gewirkt (On the delir, or acute insanity during the decline of acute diseases), dann *Mugnier* (1865) (De la folie consecutive aux maladies aigües Thèse. Paris), 1874 *Simon* (Psychosen bei akutem Gelenkrheumatismus), 1879 *Winter* (Abdominaltyphus), 1881 Arbeiten von *F. C. Müller*, *Kraepelin* u. a. Ein ausführliches Literaturverzeichnis bis zum Jahre 1897 finden Sie in der umfassenden Zusammenstellung *Adlers* (Zeitschr. f. Psych. Bd. 53 p. 740), die neuere Literatur in den Referaten *Cramer's* über diesen Gegenstand in dem Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie. Die im Gefolge des Typhus vorkommenden nervösen und psychischen Störungen sind von *Friedländer* monographisch zusammengestellt.

Es gibt keine Infektionskrankheit, in deren Beginn oder weiterem Verlauf nicht einmal eine Psychose auftreten kann. Es sind aber ganz besonders einige, bei denen geistige Störungen häufig beobachtet werden: Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza, dann bei jeder anderen: Pneumonie, Pleuritis, Malaria, Pocken, Rubeolen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Phthisis pulmonum, Pertussis, Parotitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhöe, Ergotismus, Pellagra.

Nach einer statistischen Zusammenstellung von *Müller* verdanken 2⁰/₀ aller Geistesstörungen ihre Entstehung den akuten Infektionskrankheiten, das größte Kontingent lieferte der Abdominaltyphus. Bei einer Typhusepidemie in Königsberg wurden unter 176 Kranken 8 Fälle (4,5⁰/₀) mit Geistesstörung beobachtet.

Diese Zahlen entsprechen ungefähr den anderen Statistiken, nach welchen sich in 3,5⁰/₀ der Psychosen Typhus als Ursache nachweisen läßt.

In den von Malaria heimgesuchten Fiebergegenden Bulgariens fanden sich unter 5412 Malariakranken bei 106 (2⁰/₀) Komplikationen von seiten der Psyche.

Frauen wurden im ganzen häufiger ergriffen als Männer, allerdings wird auch bei manchen Erkrankungen, z. B. Influenza, das Überwiegen des männlichen Geschlechts hervorgehoben (Männer 56,4 % Frauen 43,6 %). Jeweilige Schwere der Epidemie, örtliche Verhältnisse dürften dabei eine große Rolle spielen.

Unter 1238 geisteskranken Frauen, welche 1894 bis 1900 in die Tübinger Klinik aufgenommen wurden, waren es 18 (1,3 %), bei denen eine Infektionskrankheit als Ursache der Psychose angesprochen werden konnte, bei 1270 Männern in demselben Zeitraum nur 4 Fälle (0,3 %). Dieses immerhin seltenere Vorkommen, als man geneigt ist zu glauben, macht es verständlich, das der einzelne nur über ein verhältnismäßig geringes Beobachtungsmaterial verfügt. Es ist auch dabei in Rücksicht zu nehmen, daß bei der Flüchtigkeit vieler dieser Erkrankungen, die davon Befallenen nicht in die Irrenanstalten oder Kliniken kommen, sondern in anderen Krankenhäusern oder zu Hause bleiben. Sehr strittig ist auch die Frage, ob ein schnell ablaufendes Fieberdelirium schon den Psychosen zuzurechnen ist. Würden alle diese Fälle, auch die geringen psychischen Abweichungen den Psychosen zugezählt, dann würden sich ohne Zweifel höhere Zahlen ergeben.

Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahre, jedoch gelangen auch im Greisenalter und im ganz jugendlichen Alter psychische Störungen nach Infektionskrankheiten zur Beobachtung. Es sind mehrfach Fälle mitgeteilt, wo die Befallenen im hohen Lebensalter standen. *Kalischer* berichtet von einem Kinde im Alter von 2 Jahren 1½ Monate, bei welchem nach Influenza eine Psychose, anfangs manischen Charakters, dann mehr als akute Verwirrtheit mit Stupor verlaufend auftrat.

Lokale und besondere Verhältnisse (Epidemien) werden außerdem eine wesentliche Rolle spielen.

Einige der Erkrankungen, wie Pellagra, Malaria sind von regionären Verhältnissen abhängig.

Man hat sich gewöhnt, die bei akuten Infektionskrankheiten auftretenden Psychosen nach ihrem zeitlichen Zusammenhang mit diesen zu sondern und pflegt die Erscheinungen des sogenannten infektiösen Irrsinn abzugrenzen in Fieberdelirien, Infektionsdelirien, infektiöse Schwachzustände, sucht dann weiter unter diesen wieder zu trennen die Initialdelirien, Kollapsdelirien, Erschöpfungstupor, Erschöpfungsamentia, akute Verwirrtheit usw. Eine derartige Trennung ist nicht haltbar; Fieber-, Infektions- und Erschöpfungspsychosen sind nicht abzugrenzen. Die klinischen Unterscheidungsmerkmale sind nicht ausreichend und die pathologische Anatomie, soweit wir überhaupt von einer solchen schon sprechen können, läßt uns ganz im Stich. Es gibt keine einheitliche von den übrigen Psychosen durch besondere charakteristische Merkmale abzugrenzende Infektionspsychose.

Alle Bemühungen, welche darauf abzielen, das klinische Bild einer einheitlichen Infektionspsychose oder Erschöpfungspsychose abzugrenzen, sind als

verfrüht anzusehen. Wir können gerade so wenig von einer solchen reden wie von einer Autointoxikationspsychose. Die Bemühungen *Régis'*, so dankenswert sie auch sind, ein klinisches Bild dieser letzteren zu entwerfen, und aus der psychischen Störung heraus, aus dem *délire onirique* (d. h. eine Art somnambulen, aber sehr aktiven deliranten Traumzustandes) die Diagnose der vorliegenden körperlichen Erkrankung zu stellen, können bisher leider nicht als zutreffend anerkannt werden.

Der noch sehr unklare Begriff der Autointoxikation soll heutigen Tages in der Ätiologie überall da aushelfen, wo für die Entstehungsursache sonst keine rechten Momente ausfindig zu machen sind. So hat man als Ursache für sehr schwere, gewöhnlich unter dem Bilde eines *Delirium akutum* verlaufende Psychosen die verschiedensten körperlichen Erkrankungen angeschuldigt, bei denen es auf dem Wege des veränderten Stoffwechsels zur Bildung von Toxinen kommen sollte (so Magen-, Darmerkrankungen, Koprostase, Herzleiden, Urämie, Icterus usw.). Es soll keineswegs in Abrede gestellt werden, daß auf diesem Wege der sogenannten Autointoxikation einmal bei einer Stoffwechselerkrankung eine Psychose zustande kommt, allein durchaus verfehlt ist es, wie *E. Meyer* auch hervorhebt, in der Autointoxikation allgemein eine ursächliche Ätiologie für die Psychosen überhaupt sehen zu wollen. Symptomatologisch reihen wir am besten die Infektionspsychosen in die Autointoxikationspsychosen ein.

Die verschiedenen Bezeichnungen, welche für die Psychosen im Gefolge von Infektionskrankheit vorgeschlagen und gewählt sind, lassen darauf schließen, wie unsicher wir der Abgrenzung der einzelnen Formen gegenüberstehen und wie, jenachdem der eine oder der andere Beobachter mehr diesem oder jenem Symptom einen besonderen Einfluß beim Zustandekommen der Psychose eingeräumt wissen will, z. B. der Infektion, der Erschöpfung, dem Fieber, der Inanition, dem Kollaps usw., dieses Moment als Bezeichnung für das Krankheitsbild gewählt wird. Man sollte sich immer darüber klar werden, daß alle diese Bezeichnungen, ohne eine Aufklärung über das eigentliche Wesen der Erkrankung zu geben, uns nur einen rein äußerlichen oder zeitlichen Zusammenhang zum Ausdruck bringen. Wie dehnbar und wie fließend ist allein schon der vielumstrittene Begriff der Erschöpfung?

Tatsächlich kommen alle nur möglichen Formen vor, die sich in ursächlichen Zusammenhang mit den Infektionskrankheiten bringen lassen. Im großen und ganzen ist richtig, daß in den gleichen Stadien annähernd die gleichen Formen in Erscheinung treten. Es ist natürlich vollkommen von den Psychosen abzusehen, welche als zufällige Komplikation während einer Infektionskrankheit auftreten oder deutlicher sich offenbaren, z. B. eine chronische Paranoia, eine progressive Paralyse.

Vergleicht man die einzelnen Formen, welche sich bei Infektionskrankheiten als in ursächlichem Zusammenhang mit diesen finden bezüglich ihres Hauptsymptoms und ihrer ganzen Verlaufsweise, dann läßt sich vielleicht soviel sagen, daß die im Beginn auftretenden psychischen Störungen, nament-

lich die sogenannten Fieber- und Initialdelirien sich durch eine gewisse Flüchtigkeit der Symptome auszeichnen bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender systematisierter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien. Im späteren Verlauf der Erkrankung, in den sogenannten Kollapsdelirien, haben die Symptome schon etwas beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen, wie Melancholie, Manie, der akuten Verwirrtheit, Katatonie usw. begegnen.

Immerhin sind die Übergänge sehr fließend. Wir sehen aus den Fieber-, resp. Initialdelirien die Infektionsdelirien hervorgehen, ein Infektionsdelirium kann sich in ein Kollapsdelirium fortsetzen und aus diesem eine chronisch nervöse Erschöpfung unter dem Bilde einer schweren Neurasthenie oder eine anderweitige Psychose, wie akutes halluzinatorisches Irrsein (Amentia), Katatonie, halluzinatorische Paranoia, Manie, Melancholie usw. hervorgehen.

Umgekehrt können auch diese letzteren Psychosen gleich von vornherein das Bild beherrschen.

Wie erwähnt, sind die Formen der Psychosen, welche zur Beobachtung kommen, weniger abhängig von der Grunderkrankung, als von dem Stadium dieser, in welchem sie ausbrechen.

Je akuter eine Infektionskrankheit mit Fieber und den sonstigen Begleiterscheinungen einsetzt, je plötzlich die Gesamtwirkung auf den Organismus ist, desto intensiver ist auch oft der Ausbruch der psychischen Störung. Es hat nach großen Zusammenstellungen den Anschein, als ob manische Zustände, akute Verwirrtheit mehr bei Pneumonie, Kopfrothe und den akuten Exanthenen in Erscheinung treten, bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Influenza mehr melancholische Depressionszustände, stupuröse Formen. Eine bestimmte Regel läßt sich aber nicht aufstellen.

Die Mannigfaltigkeit und die Variationen der verschiedenen Krankheitsbilder sind in letzter Linie so zahlreich, die Reaktion des Gehirns infolge der Individualität des Erkrankten und der Eigenartigkeit der zugrunde liegenden Infektionskrankheit ist so wechselnd und vielgestaltig, daß jeder einzelne Fall wieder seine Besonderheiten bietet und je nach dem Überwiegen des einen oder anderen psychischen Symptoms und den häufigeren und selteneren Begleiterscheinungen von seiten des Nervensystems der ganze Verlauf des Falles als ein für sich charakteristischer erscheint.

Aus der Fülle dieser psychischen Störungen, die auf den ersten Blick unentwirrbar scheint, lassen Sie uns einige zusammenfassend betrachten, die durch die besondere zeitliche Zusammengehörigkeit mit gewissen Stadien der Infektionskrankheiten sich auszeichnen, ohne darum ausschließlich diesem Stadium charakteristisch zu sein.

Die Fieberdelirien gehen mit den Initial- und Infektionsdelirien so Hand in Hand, daß eine Trennung ganz ausgeschlossen ist, es sei denn, daß man die Bezeichnung Fieberdelirien für die Störungen wählen will, welche mit Ablauf des Fiebers schwinden. Typhus abdominalis und akuter

Gelenkrheumatismus sind vielleicht als die Infektionskrankheiten anzusehen, welche mit den heftigsten und stürmischsten Delirien im Beginne oder während des Fiebers einhergehen, so daß sogar von einem Cerebrorheumatismus Cerebrotypus, einer Typhomanie gesprochen wird.

Die Initialdelirien können ohne Fieber verlaufen, oder die Fieberpsychosen können schon im Initialstadium beginnen. Es wird jedoch nicht ganz leicht sein zu unterscheiden, ob dem Ausbruch des initialen Deliriums nicht schon eine Temperatursteigerung vorausgegangen ist, da der Schluß auf Fehlen des Fiebers immer erst gemacht wird, wenn der Fall zunächst wegen seiner psychischen Störungen in Beobachtung gelangt zu einer Zeit, wo der erste Fieberanfall schon abgeklungen sein kann. Ist es doch nicht selten im Beginn der Infektionskrankheiten, namentlich des Typhus, der akuten Exantheme, des Gelenkrheumatismus, daß das Fieber mit einer plötzlichen Steigerung für Stunden oder Tage wieder schwindet.

Die Hauptsymptome des ausgebildeten Fieberdeliriums sind Bewußtseinstörung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen, dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelt Wahnideen kommen, oder es tritt eine lebhaft motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn- und Angstaffekten ein. Die leicht monotorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jaktationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen. Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie solche von *Liebermeister* bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist.

Im ersten Stadium keine Störung des Bewußtseins. Ein gewisses unbestimmtes Gefühl von Unruhe, Unbehagen, Bedrücktsein, leichte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Unlust. Der Schlaf ist unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Bei Remissionen oder Verschwinden des Fiebers weichen diese Störungen sofort.

Im zweiten Stadium treten stärkere elementare Störungen des Bewußtseins, der Apperzeption, des Vorstellens ein; Unruhe wechselt mit Apathie ab, die Wahrnehmung verfälscht sich durch Illusionen und Halluzinationen. Diese sind meist flüchtig, traumhaft, zeichnen sich wie im Delirium tremens durch große Plastizität und Lebendigkeit aus. Auch diese Störungen können sich mit Schwinden des Fiebers schnell zurückbilden.

Stärkere andauernde Benommenheit resp. Bewußtseinstörung tritt im dritten Stadium auf. Die Kranken sind schwer besinnlich, schlafsüchtig, liegen mit geöffneten Augen da, sprechen halblaut vor sich hin. Neben den ruhigen mussitierenden Delirien auch furibunde Erregungszustände mit aggressivem Vorgehen gegen ihre Umgebung, Selbstverletzungen, Selbstverstümmelungen, Flucht vor vermeintlichen Verfolgern durch Sprung aus dem Fenster.

Dieses Stadium hält in der Regel mit Nachlassen des Fiebers länger an. Im vierten Stadium tiefer Sopor, blande, mussitierende Delirien, Flockenlesen.

ziellooses Greifen, oft Coma, Tod. Nur selten sind diese Stadien derartig abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutlich abzugrenzende Übergänge. Was die Besonderheit des Ausbruchs der Delirien bei einzelnen Formen anlangt, so ist zu bemerken, daß bei Malaria die psychischen Störungen meist erst anbrechen, wenn diese chronisch geworden ist.

Bei Intermittens sollen nach *Griesinger* Geistesstörungen als Äquivalente der Fieberparoxysmen auftreten können, oder es zeigen sich von vornherein an Orten, wo Wechselfieber endemisch sind, intermittierende Anfälle von Geistesstörung, ohne daß es zu einem Intermittensanfall kommt.

Unter den Pneumonien gehen die Spitzenpneumonien am häufigsten mit Psychosen einher.

Bei den Pocken ist der Zeitraum zwischen Eruption und Suppurationsstadium der günstigste für den Ausbruch der Delirien.

Beim akuten Gelenkrheumatismus habe ich mich in einigen Fällen nicht des Eindrucks erwehren können, als ob die Darreichung von Salicyl für das Zustandekommen von Gehörstäuschungen sehr förderlich wirkte.

Die eben skizzierten Krankheitsbilder, welche wir im engeren Sinne als Fieber oder Infektionsdelirien benennen, können allerdings viel seltener erst auf der Acme der Erkrankung auftreten, ohne daß sie dadurch irgend wie in ihren Symptomen oder in ihrer Verlaufsweise sich anders verhalten.

Jedenfalls gehen Höhe des Fiebers und psychische Störungen nicht Hand in Hand. Es wird von verschiedenen Autoren (*Liebermeister, Fräntzel, Gerhardt, Curchmann* u. a.) beim Typhus hervorgehoben, daß schwere cerebrale Störungen grade hier mit niedrigen Temperaturen zusammenkommen.

Gerhardt weist besonders auf die mitten im Verlaufe des Darmtyphoids zuweilen eintretende mehrtägige Fieberlosigkeit hin, die mit schweren Hirnstörungen einhergeht. „Das alles endet mit einem Schläge, während die Körperwärme gleichzeitig zu gesetzmäßigem Fieberverlaufe sich erhebt“.

Viel häufiger begegnen wir den psychischen Störungen im Stadium *decrementi* und in der *Rekonvaleszenz*. Es ist der weitaus überwiegende Teil von Psychosen, welche in diesem Stadium zur Entwicklung kommt.

Neben den eigentlichen Geistesstörungen wie Manie, Melancholie, akute *Paranoia*, akute Dementia, Anie (*Jolly*), akute halluzinatorische Verwirrtheit (*Amentia*), den katatonischen und stuporösen Formen sind es hauptsächlich die Delirien und Psychosen, für deren Zustandekommen dem Begriff der Erschöpfung ein weites Feld und eine ausschlaggebende Bedeutung beigelegt wird. Daß mit einem solchen schwankenden, vielseitigen Begriff, wie der der Erschöpfung ist, nicht viel gewonnen wird, liegt auf der Hand. In allen möglichen Variationen kehrt er bei den verschiedensten Bezeichnungen, welche für diese Zustände gewählt werden, wieder. Asthenische Psychosen resp. Delirien, Erschöpfungsamentia, Kollaps-, Defervescenz-, Inanitionsdelirium, Erschöpfungsneurasthenie, chronisch nervöse Erschöpfung. Bei den einzelnen werden wieder verschiedene Grade der Intensität abgetrennt von der ein-

fachen neurasthenischen Verstimmung und Reizbarkeit bis zu schweren stuporösen Zuständen und heftigsten Erregungszuständen. Für letztere wird auch die Bezeichnung *Delirium acutum* oder *Delirium acutum exhaustivum* gewählt. Auch dieses wird noch nach Reiz- und Lähmungserscheinungen in *del. ac. maniacale*, *melancholicum*, *anergeticum* od. *paralyticum* (*Schüle*) zerlegt.

So dankenswert derartige Bemühungen auch sind, welche auf eine Trennung der mannigfaltigen Formen abzielen, so ist doch nicht zu verkennen, daß die Bezeichnungen nur gewählt sind, diesem oder jenem Symptome zu Liebe, welches dem Beobachter besonders gravierend, ätiologisch besonders wichtig erschien. In den meisten Benennungen kommt das Bemühen zum Ausdruck, den verschiedenartigen Steigerungen, welche diese Psychosen aufweisen, gerecht zu werden.

Meine Beobachtungen erstrecken sich auf Psychosen nach Influenza, Pneumonie, akutem Gelenkrheumatismus, Typhus abdominalis, Phthisis pulmonum, Masern, Scharlach, Parotitis, Gonorrhoe, Erysipelas.

Abgesehen von den manischen und melancholischen Zuständen verlaufen die meisten Psychosen in diesem Stadium unter dem Bilde des akuten halluzinatorischen Irrsinns (*Amentia*) und des Defervescenz- od. Kollapsdeliriums.

Eine Trennung des akuten halluzinatorischen Irrsinns von den Kollapsdelirien ist nicht durchführbar, es sei denn, daß man alle kürzer verlaufenden Psychosen als Kollapsdelirien, die von längerer Dauer als akuten halluzinatorischen Irrsinn benennen will, eine Unterscheidung, die kaum Berechtigung haben dürfte.

Im Anschluß an kritischen Temperaturabfall, aber auch in der Rekonvaleszenz sehen wir häufig das Kollapsdelirium ganz akut entstehen. Hauptsymptome dieses sind die traumhafte Verwirrtheit, zahlreiche unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, einzelne Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang. Die Verwirrtheit — in vielen Fällen geben später die Kranken selbst an, daß sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt“, man habe sie „verwirrt“ gemacht — wird hervorgerufen durch formale und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellungen, die wieder ihrerseits bedingt ist durch primäre Inkohärenz (*Ziehen*) der Vorstellungen, zum Teil sicher mitbewirkt durch Massenhaftigkeit der Halluzinationen und Illusionen. In manchen Fällen sind die Auffassungsbehinderung, die Inkohärenz und die Sinnestäuschungen als gleichwertige Symptome primär entstanden infolge der zugrunde liegenden Hirnschädigung anzusehen.

Oft sind die Kranken im Beginn sehr ängstlich, äußern Selbstanklagen, Versündigungsideen (es ist, als ob er Verbrecher war), die Angstzustände gehen mit großer Erregung einher oder es treten frühzeitig stuporöse Zustände auf. Stupor und Erregung wechseln sich oft in schneller Folge ab.

Zahlreiche Halluzinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung, Größe kommen: Sie sehen Tote, Engel, glauben

Gift zu erhalten, blasen Haare fort, die ihnen zufliegen, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloß, sprechen mit dem Kaiser, hören Regimenter schießen, sehen Tiere, Hund, Pudel, Hasen, hören Wasser rauschen, spüren ein Sausen, Klingeln. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder. Ungemein stark sind die Störungen des Gemeingefühls; sie haben das Gefühl des Schwindels, des Schwankens, des Drehens, als ob alles „verkehrt“ sei, der Boden schwankte, das Laken, das Bett drehten sich. Mit Recht hebt *E. Meyer* hervor, wie sehr oft dieses dunkle Gefühl, es müsse eine Veränderung sein, alles sei verkehrt, zugleich mit dem Bewußtsein der Krankheit („nicht recht im Kopf, wirt im Kopf gefühlt“, es gehe durcheinander, die Gedanken verwirren sich, die Sinne waren „geschärft“, es hat „mich gedrückt“) gerade bei diesen Verwirrheitszuständen zu beobachten sind.

Die Sprechweise ist sehr wechselnd: Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell, von Lachen und Weinen abgelöst. Sehr lebhaftes Geberdenspiel mit Schnüffeln, Fauchen, Blasen begleitet ihr Sprechen. Zuweilen alliterieren sie, sprechen in Reimen, Versen. Sie haben Neigung zu Klangassoziationen, monotonen oder einzelnen sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht passager oder länger anhaltend auf.

Die Stimmung wechselt sehr jäh, in einem Augenblick sind sie heiter, vergnügt, erotisch, im nächsten zornig, gereizt, dann wieder traurig, ängstlich.

Neben dem Bewegungsdrang treten noch eine Reihe von motorischen Störungen auf: Zucken, Zusammenfahren des ganzen Körpers, Zittern, rhythmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder mit den Armen, eigentümliche Verdrehungen und Verrenkungen, dämonomanische Stellungen und Haltungen, wie sie im Verlaufe anderweitiger Psychosen beobachtet werden. Heftige unwillkürliche Bewegungen erinnern zuweilen an Chorea.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus, Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea, Echolalie, Echopraxie.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewußtseins, es scheint zuweilen, als ob äußere Eindrücke (Besuch der Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später meist die Rekonvaleszenz ein.

Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch verstärkt durch das Auftreten von schweren nervösen Begleiterscheinungen anderer Art. Hysterische, epileptische Krampfanfälle, ausgelöst durch die Infektionskrankheit, komplizieren die Symptome, ganz abgesehen von den somatischen Anzeichen der einzelnen zugrunde liegenden Erkrankungen. Zuweilen brechen sehr alarmierende Zustände aus, welche den Verdacht auf Meningitis (*Curschmann, Bernhardt* u. A.), Sinnsthembose nahe legen.

Bei Scharlach ist die Entwicklung der Psychose direkt im Anschluß an urämische Krampfanfälle beobachtet (*Henoch*).

Die Zitterbewegungen, Unsicherheit, Ataxie der Bewegungen im Verein mit einer deutlichen Artikulationsstörung, welche der paralytischen ähnelt, können Veranlassung geben zu Verwechselungen mit delirösen Phasen im Verlauf der progressiven Paralyse, so daß manche Autoren bei den Infektionspsychosen mit derartigen schweren nervösen Erscheinungen von Pseudoparalyse, Pseudotabes gesprochen haben. Es erinnern diese Störungen entschieden an die von *C. Westphal* in der Rekonvaleszenz der Pocken beschriebenen Erscheinungen: Störungen der Sprache, der Motilität, Ataxie, Tremor, Verlangsamung der Bewegungen.

Bekannt ist, daß bei Ergotinismus, Pellagra, Lepra schwere spinale Erkrankungen mit nachweisbaren Veränderungen im Rückenmarke auftreten. Ich erinnere nur an die schönen Untersuchungen von *Tuczek* über die Pellagra und Ergotinismus, der bei dem letzteren Hinterstrangsdegeneration nachgewiesen hat und bei der Pellagra kombinierte Hinter-Seitenstrangserkrankung.

Die Zahl der Variationen, welche durch die Verschiedenartigkeit und den Wechsel der Symptome bedingt werden, ist eine ungemein große und läßt es verständlich erscheinen, daß immer neue Benennungen für die einzelnen Verlaufsarten gewählt werden.

In manchen Krankheitsfällen kommt es gleich andauernd zu allgemeiner Hemmung beim Fehlen von Reizerscheinungen, das sind Bilder, wie sie der sogenannten Stupidität, akuten Demenz, Anoia (*Jolly*) zuzurechnen sind.

Wo die Erscheinungen der chronischen Erschöpfung überwiegen, spricht man auch von Inanitionsdelirien. Eine Trennung dieser von Kollaps- und Intektionsdelirien ist nicht möglich.

Bei einzelnen können wir analog dem Verlauf in dem akuten halluzinatorischen Irrsein ein Abklingen des Psychose in Phasen konstatieren (cf. Fall 12 und 14).

Raecke, welcher sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt hat, weist darauf hin, wie im Prodromalstadium allgemeine nervöse Beschwerden und Reizbarkeit vorherrschen. Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewußtseins-trübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affekt, ängstlicher Ratlosigkeit, primärer Inkohärenz und Perseverationen unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe, Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, mißtrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Rekonvaleszenz: Orientierung kehrt wieder. Krankheitseinsicht. Amnestie ist stark.

Die Erinnerung ist oft nur eine ganz summarische, es verschwinden einzelne wichtige Vorgänge, so die Änderung des Aufenthaltsortes, das Fortbringen von Hause, die Einwirkung der neuen Umgebung, ganz aus dem Gedächtnis. Zuweilen bleibt das Gefühl, eine schwere Kopfkrankheit überstanden zu haben. So spricht die eine Patientin von dem Gefühl schwerer

Träume, von vielen Phantasien, großer Angst. Eine andere berichtet uns von der Verkenennung, resp. phantastischen Umdeutung resp. Auslegung der Umgebung: alles sei schneeweiß gewesen, sie habe geglaubt, im Himmel, bei Toten zu sein. Einzelne Sinnestäuschungen sind haften geblieben: Bellen von Hunden, herumspringende Hasen. Für manche Handlungsweise gibt sie eine plausibel erscheinende Erklärung. Die blasenden Bewegungen machte sie, weil das ganze Bett voll Haaren gewesen sei. Für die meisten Vorkommnisse fehlt die Erinnerung. Zuweilen ist die Erinnerung angeblich ganz erloschen; zuweilen ist bis auf den Anfang der Erkrankung die Erinnerung nur eine sehr summarische; lebhaftes Erstickungsgefühl, als ob sie in der Hölle sei, Feuer, Schießen von Regimentern, große Gefahr, viele Stimmen durcheinander, das Ganze wie ein Traum, viele Erscheinungen. Ähnlich sind die Berichte in den übrigen Fällen, die über ihre Erkrankung Auskunft geben konnten. Bei einzelnen hat man den Eindruck, daß die Amnesie sich auch noch auf Vorgänge in der gesunden Zeit erstreckt, eine retrograde Amnesie besteht.

Eine bedrohliche Steigerung der Bewußtseinsstörung, der Verwirrtheit, der motorischen Erregung mit Fieber, schweren Ernährungsstörungen wird gemeiniglich als Delirium acutum benannt. Ich fasse diese Bezeichnung in Übereinstimmung mit den meisten Autoren als einen klinischen Symptomenkomplex auf, der unter verschiedensten Bedingungen gelegentlich einmal bei jeder Psychose sich bilden kann, besonders oft bei den uns hier beschäftigenden Störungen; Agitation, Verwirrtheit, Inkohärenz erreichen hier ihre höchsten Grade.

In manchen Fällen sehen wir die Intensität der psychischen Erscheinungen wechseln entsprechend dem Gehalt des Urins an Eiweiß.

Es ist noch eine offene Frage, ob wir zum Zustandekommen dieser schweren Affektion immer eine Infektion oder eine Intoxikation annehmen müssen. Zuweilen ist wohl eine Autointoxikation die Ursache: Stoffwechselveränderungen und durch diese entwickelte Toxine.

Ich sah es entstehen im Gefolge einer psychischen Störung bei Hydronephrose, bei Karzinom, bei Anämie, nach Blutverlusten, bei Magen-Darmerkrankungen und verschiedentlich gewissermaßen als Steigerung der Symptome bei Manie, Melancholie, akutem halluzinatorischen Irrsinn, bei Wochenbettpsychosen, bei Hirnerkrankungen.

Als besondere Verlaufsweise ist die von *Korsakow* beschriebene polyn neuritische Geistesstörung zu erwähnen, die nach *Jollys* Vorgang besser als *Korsakowscher* Symptomenkomplex zu bezeichnen ist. Im Vordergrund der Symptome steht eine eigenartige Gedächtnisstörung: alle neuen Eindrücke werden schnell vergessen, das Gedächtnismaterial aus früherer Zeit bleibt zum Teil zur Verfügung. Oder der Kranke ersetzt es durch Bilder, welche er in seiner Phantasie, durch Halluzinationen, Illusionen, Träume unterstützt, ersetzt. Es resultiert daraus eine weitgehende örtliche und zeitliche Orientierungsstörung. Erinnerungsstörungen spielen eine große

Rolle. Die Kranken fabulieren aufs lebhafteste, erzählen Geschichten, Erlebnisse ganz in der Weise, wie dieses bei Deliranten zutage tritt. Oft bildet die protahierte Form des Deliriums den Übergang. Stimmung ist meist ruhig, zufrieden, hat einen euphorischen Hintergrund. Von verschiedenen Autoren, namentlich von *Gudden*, *Jolly*, *Monkemöller* und neuerdings von *E. Meyer* ist darauf hingewiesen, daß neuritische Erscheinungen keineswegs zum Krankheitsbilde gehören, daß dieser Symptomenkomplex als Begleiterscheinung oder Vorläuferstadium einer Paranoia, der progressiven Paralyse, bei Hirnerkrankungen (Meningitis, Tumoren, Poliencephalitis acuta haemorrhagica sup.), nach traumatischen Verletzungen des Gehirns, bei Dementia senilis sich findet. Allerdings ist hervorzuheben, daß unter den veranlassenden Ursachen der Alkoholismus wohl die allergrößte Rolle spielt.

Betrachten wir noch einige Besonderheiten, soweit sie nicht schon erwähnt sind, welche bei den Psychosen einzelner Infektionskrankheiten zum Ausdruck kommen.

Akute Infektionskrankheiten, welche in den ersten Lebensjahren auftreten, (namentlich Scharlach, Variola, seltener Masern) setzen zuweilen eine dauernde Entwicklungshemmung: eine bleibende geistige Schwäche bis zur Idiotie. Es verbindet sich diese oft mit Hysterie und Epilepsie, die dann gleichfalls ihre Entstehung der Infektionskrankheit verdanken.

Am häufigsten sehen wir bei Kindern im Anschluß an die akuten Exantheme, nach Erysipel, Diphtherie, Parotitis epidemica, Influenza, Pertussis im Rekonvaleszenzstadium Kollapsdelirien auftreten, oft in Tagen ablaufend, zuweilen länger dauernde comatös-stupuröse Zustände mit Verwirrtheit wechselnd (nach Parotitis epidemica, Scharlach) oder schwere Erschöpfungspsychosen in Form der akuten Demenz, schlafähnliche Dämmerzustände (nach Diphtherie, Influenza).

Am seltensten sind bei Kindern reine manische und melancholische Zustände. Das wird auch von den Autoren hervorgehoben, welche Gelegenheit hatten sich mit den Psychosen bei Malaria zu befassen. Auch hier sind bei Kindern ausschließlich komatös-stupuröse Zustände vorhanden. Bei Erwachsenen sollen bei den Fieberanfällen die Melancholia agitata und halluzinatorische Erregungszustände überwiegen, während Manie zu den größten Seltenheiten gehört. Bei der Malariakachexie treten die einfache Melancholie, stupuröse Zustände, Dementia ac. in Erscheinung.

Charakterveränderungen andauernder Art mit Nachlaß der geistigen Kräfte, stumpfem melancholischem Wesen werden am meisten beobachtet bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra. Melancholische Stuporzustände, akute Demenz sind dabei häufig, seltener manische und halluzinatorische Erregungszustände. Epileptische Anfälle begleiten die Kriebelkrankheit nicht selten. Bei der Pellagra kommt es oft zur Demenz mit kombinierter Hinter-Seitenstrangerkrankung, einem dem paralytischen ähnlichem Symptomenkomplex. In einem Falle von Lepra tuberosa und Anästhesie der Beine,

bei dem ein halluzinatorischer Wahnsinn sich entwickelte, traten die Halluzinationen im Gebiete der Hautempfindung auf.

Beachtenswert sind die ganz kurzen, episodisch auftretenden, in Stunden abklingenden Erregungszustände bei vorgeschrittener Phthise unter dem Bilde einer akuten halluzinatorischen Paranoia mit Stupor, wie ich sie in einem Falle sehen konnte.

Bei der Phthise überwiegen, abgesehen von den Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie. Von einer Folie tuberculeuse wird man gerade so wenig sprechen können als von einer Folie typhéuse.

Zuweilen beobachtet man, wie mit dem Fortschreiten der Phthise ein Nachlassen der Psychose, resp. ein völliges Verschwinden eintritt und wie dann auch in den höchsten Graden der Inanition keine psychischen Störungen mehr auftreten.

Dieses Vorkommnis erinnert an die Erfahrung, welche vereinzelt beobachtet ist, daß eine Psychose im Verlaufe eines Typhus, einer Influenza, eines Erysipels wesentliche Besserung, sogar Heilung aufweist. Man hat sogar geglaubt, daran therapeutische Hoffnungen zu knüpfen, vorgeschlagen künstliche Infektion, z. B. mit Erysipelkokken, hervorzurufen.

Am seltensten sind Psychosen bei Rubeolae, Pleuritis, Dysenterie, Gonorrhoe beobachtet. Von letzterer Komplikation sah ich zwei Fälle. In einem Falle führte die Erkrankung unter stuporösen Zuständen, Delirien mit meningitischen Erscheinungen im Beginn zum Tode durch eine Embolie. Im andern trat Besserung ein mit Nachlassen der Gonorrhöe. Der absolut sichere ursächliche Zusammenhang der Psychose mit der Gonorrhöe in solchen Fällen wird schwer zu erweisen sein.

Mit großer Skepsis bringe ich die Angabe, daß nach Intermissis. Erysipel, Rheumatismus, Typhus, progressive Paralyse entstehen soll. Es wird sich in derartigen Fällen wohl nur um ein Manifestwerden der bis dahin unbeachtet gebliebenen Psychose gehandelt haben.

Prognose.

Was zunächst die Dauer anlangt, so sind in den meisten Fällen, wie erwähnt, die Fieber und Infektionsdelirien von kürzerer Dauer, vorausgesetzt, daß sie nicht Anfangsstadien anderweitiger psychischer Erkrankungen sind oder in chronische infektiöse Schwächezustände übergehen. Sonst laufen sie in Stunden bis Tagen ab, verschwinden mit Aufhören des Fiebers.

Länger dauernd sind im großen und ganzen die Kollapsdelirien, schon weil an diese sich häufiger anderweitige Psychosen anschließen. Gewiß gibt es auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen (z. B. nach Masern, Scharlach) abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen protrahierten, auf Wochen und Monate sich erstreckenden Verlauf.

Vereinzelt kann die Psychose die ursächliche fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern. Besonders hartnäckig sind die

Störungen im Nachstudium der Pneumonie. *Snell* berichtet von einem Falle, welcher nach neunjähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist. Sehr hartnäckig ist in der Regel der Korsakowsche Symptomenkomplex.

Verhältnismäßig schnell endet das Delirium acutum letal: in der Regel in Tagen bis drei Wochen.

In den von mir beobachteten Fällen braucht ein Initialdelirium bei Gelenkrheumatismus 14 Tage bis zur Heilung, zwei andere nach Typhus und Gelenkrheumatismus endeten letal nach 10, resp. 13 Tagen.

Beim Kollapsdelirium sehen wir eine Dauer von 12 Tagen bis 10 Monaten. Interessant ist, daß auch hier in einem Falle die Erkrankung bei Pneumonie einen sehr langen Zeitraum — 7 Monate — bis zur Genesung beanspruchte. Zweimal läuft die Erregung in 12 Tagen und 4 Wochen ab. Auch beim Gelenkrheumatismus verzeichnen wir 10 Monate bis zur Genesung. Im Durchschnitt sehen wir die günstig ausgehenden Fälle in 3—4 Monaten verlaufen. Die Vorhersage der Fälle ist sonst abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesamtverfassung der Befallenen. Auf den Grad der Bewußtseins-trübung ist der allergrößte Wert zu legen. Geht diese so weit, daß der Kranke nicht mehr zu fixieren ist, ist die Prognose ungünstig.

Handelt es sich um reine Fieberdelirien, schwinden diese mit Aufhören des Fiebers.

Am günstigsten sind entschieden diejenigen Fälle, wo die Fieber-, resp. Infektionsdelirien keinen hohen Grad erreichen, sich mit Aufhören des Fiebers in kürzester Zeit ohne sonstige psychische Störungen zu hinterlassen, zurückbilden.

Es kann vorkommen, daß eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht (*conception délirante isolée*).

Man muß darauf gefaßt sein, daß ein einmal ausgebrochenes Fieber- oder Infektionsdelirium schnell einen hohen Grad erreichen kann, wo es zur Ausführung von Selbstbeschädigungen, planlosen Handlungen, Tobsuchtsanfällen mit bedrohlichem Charakter kommt. Zweimal im Initialdelirium in Beginn eines Typhus habe ich ernste Selbstmordversuche beobachtet. Hüten sollte man sich, aus einem einzelnen Symptom im Beginn eines Deliriums, z. B. dem Flockenlesen, welches in der Regel erst im Endstadium in Erscheinung tritt und hier prognostisch ungünstig anzusehen ist, eine ungünstige Prognose zu stellen. Mehrmals habe ich mussitierende Delirien mit Flockenlesen gleich im Beginn gesehen bei vollkommenem gutem Ausgang.

Sehr ernst ist die Prognose der schweren Initialdelirien bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus (Cerebrorheumatismus, Typhomanie), wo der Tod in wenigen Stunden unter heftigsten Erscheinungen mit hoher Temperatursteigerung 41—44° C. erfolgen kann. In der Hälfte der

Fälle muß man mit diesem ernsten Ausgang rechnen. Am trübsten gestaltet sich die Prognose beim *Delirium acutum*, hier liegt fast immer die Befürchtung des letalen Ausgangs vor.

Auch der Korsakowsche Symptomenkomplex bei diesen Psychosen ist prognostisch ungünstig anzusehen.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien der übrigen akuten Infektionskrankheiten, entschieden am günstigsten bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Kollapsdelirien und den anderweitigen Psychosen dieses Stadiums. — Hier sind die Delirien im Typhus und Rheumatismus, bei Komplikationen des Herzens und der Lunge sehr ernst.

Immer ist bei der Vorhersage zu bedenken, daß es sich in den meisten Fällen um schwere Infektionen des Gesamtorganismus handelt, die durch Erkrankungen des Herzens (Endocarditis usw.) durch plötzlichen Kollaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben sehr ernst gefährden können.

Ein nicht kleiner Teil der Fälle endet durch Selbstmord beim Mangel einer genügenden Beaufsichtigung.

Zuweilen müssen wir auf einen remittierenden Verlauf gefaßt sein, der sich Monate und Jahre bei zugänglichem Ausgange hinzieht. Schwere meningitische Erscheinungen, namentlich bei Kindern, sind nicht absolut ungünstig anzusehen. Auch choreatische Störungen, welche im Verlaufe des Rheumatismus und gelegentlich einmal bei andern Infektionskrankheiten beobachtet werden, trüben die Prognose nicht.

Die erwähnten Störungen der Motilität, der Sprache, welche zuweilen das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig.

Forensisch beanspruchen die Psychosen infolge von Infektionskrankheiten insofern Interesse, als plötzliche Selbstmordversuche, Selbstverstümmelungen nicht selten sind, häufig kommt es zu Gewaltakten, Mord. Es sind mehrfach in der Literatur derartige Fälle mitgeteilt, so in Delirien bei Malaria (*Intermittens-Meyer*), bei Pellagra (*Hajnal* berichtet über eine Frau, die im Anfall von „transitorischer Manie“ ihr Kind zu ertränken versuchte), bei Influenza (*Ladame*), bei Pocken (*Dippe*). Weitere Beispiele finden Sie in *Maschkas* Geschichtlicher Psychopathologie.

Diese Fälle gehen oft mit starker raptusartiger Angst einher.

Selbstmordversuche durch Ertränken sollen bei der Pellagra besonders häufig sein, so daß man hier von einer Hydromanie gesprochen hat. *Raynaud* teilt einen Fall mit, wie ein Mann sich der Polizei stellt und ohne Spur einer Erregung erzählt, er habe seine Frau getötet. Die Untersuchung ergab die Grundlosigkeit der Selbstanklage. Im Spital zeigten sich die deutlichsten Symptome eines Typhus.

Über Mordversuch und Selbstverstümmelung im Intermittensdelirium berichtet *Erhardt*, über Mord der Ehefrau im Typhusdelirium *Maschka*, *Krafft-Ebing* gibt das Gutachten eines Falles von Tötung der Kinder im *Delirium acutum* ohne vorausgegangene Infektionskrankheit. (Gerichtliche Psychopathologie).

Die Dispositionsfähigkeit Delirierender ist zuweilen Gegenstand rechtlicher Entscheidung. Wohl nur die höchsten Grade des Deliriums sind imstande, die Verfügungsfähigkeit aufzuheben. Vorübergehende Rückkehr der Besonnenheit ist selbst bei diesen nicht auszuschließen. Letztwillige Verfügungen können bei wechselnder Intensität der Delirien unter Umständen getroffen und als rechtsgültig angesehen werden.

Therapie.

Bei der Behandlung ist dem Grundleiden Rechnung zu tragen.

Die Hauptaufgaben bestehen in Sorge für genügende Bewachung, gute Ernährung, Bekämpfung der Unruhe, der Schlaflosigkeit. Wenn irgend möglich, Eisbeutel auf den Kopf.

Das Fieber wird durch die üblichen Mittel bekämpft, am besten Lactophenin (0,5 mehrmals), bei Malaria delirien Chinin.

Von der Hydrotherapie ist die ausgiebigste Anwendung zu machen in Form von potrahierten warmen Bädern, warmen Bädern mit kühlen Übergießungen, kühlen Bädern, Abreibungen, Einpackungen. Bei letzteren ist größte Vorsicht zu üben, der Zustand des Herzens, der Lunge genau zu berücksichtigen. Auf alle Fälle setze man die Einpackung nicht zu lange fort. Mit sehr gutem Nutzen wende ich bei heftigen Erregungen mit Sinnes täuschungen und großer Reizbarkeit die vorübergehende Isolierung unter der nötigen Bewachung an. Es tritt oft schon nach kürzester Zeit ein Zustand der Beruhigung ein, der es gestattet, den Kranken wieder aus der Isolierzelle zu entfernen.

Als Nahrung dienen breiige flüssige Speisen, bei Nahrungsverweigerung zögere man nicht mit Anwendung der Schlundsonde, mit Nährelystieren. Die Bewachung sei von vornherein eine besonders sorgfältige, da plötzliche Steigerungen im Fieber, namentlich im Beginn mit Beschuldigungen sehr häufig sind. Eventuell ist der Kranke in ein gepolstertes Kastenbett zu legen.

Dem drohenden Kräfteverfall ist vorzubeugen durch Kochsalzinfusionen; die Herztätigkeit zu heben durch Kaffee, Kampfer, Alkohol.

Von Schlafmitteln werden am zweckmäßigsten gereicht Paraldehyd 4—10 g, Amylenhydrat 2—4 g.

Bei meningitischen Erscheinungen wäre unter Umständen an Lumbalpunktion zu denken.

Handelt es sich um Bekämpfung der chronischen Schwächezustände, nach dem die ersten bedrohlichen Erscheinungen vorüber, dann sind die zur Hebung des Kräftezustandes üblichen therapeutischen Maßnahmen, unterstützt von Massage, Elektrizität, Bädern, in Anwendung zu ziehen.

Differentialdiagnose.

Ein sicheres Kriterium, um eine Infektionspsychose, besonders ein Fieber-, Infektions- und Kollapsdelirium in der Höhe ihrer Entwicklung rein aus den psychischen Symptomen heraus mit Bestimmtheit von den ähnlichen psychischen

Störungen, welche nicht auf dem Boden der Infektion, der Intoxikation erwachsen sind, abzugrenzen, gibt es nicht.

Wir können nicht einmal mit Bestimmtheit sagen, daß den Psychosen, bei welchen eine äußere greifbare Ursache vorliegt, ein charakteristischer Verlauf zukommt. Es gibt Krankheitsbilder, mit sogenannter endogener Entstehungsursache, welche, abgesehen von den für die Infektionserkrankungen charakteristischen Erscheinungen, wie Fieber usw., ganz dieselben Symptome aufweisen wie die geschilderten.

Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als den Psychosen bei Infektionskrankheiten nicht zugehörig auszuschließen, muß ich als verfehlt ansehen.

Die Diagnose läßt sich einzig und allein nur stellen aus der ganzen Vorgeschichte, aus der ätiologischen Entwicklung.

Es können natürlich einzelne Begleiterscheinungen den Verdacht erwecken, daß hier eine derartig entstandene Psychose vorliegt, so die Temperatursteigerung oder subnormale Herzschwäche, aber stichhaltig sind diese grade so wenig als die psychischen Symptome. Ein einziger sicherer Befund, welcher für die Diagnose der Grundkrankheit bestimmend ist, z. B. die Widalsche Reaktion bei Typhus, wiegt mehr als alle psychischen Symptome.

Tremor, welcher als Unterscheidungsmerkmal für Delirium tremens von manchen Autoren angegeben wird, spricht absolut nicht gegen ein Kollapsdelirium. Im Gegenteil, man wird oft überrascht durch die große Ähnlichkeit, welche die beiden Erkrankungen grade in dieser Beziehung haben.

Ich kann auch die Behauptung nicht als richtig anerkennen, daß im epileptischen Dämmerungszustand die Ideenflucht fehlen soll, und er sich dadurch unter Umständen von einem Infektionsdelirium unterscheidet. Ideenflucht kommt, wie ich es mehrfach Gelegenheit zu beobachten hatte, wie auch kürzlich *Raecke* in einer Arbeit über epileptische Psychosen betont hat, bei beiden Erkrankungen in derselben Weise vor. Auch der Zustand der Bewußtseinsstrübung bei den Infektions- und Kollapsdelirien ist nicht ein so charakteristischer, um darauf andere Psychosen auszuschließen. Es hat ja manches Eigenartige in dem Traumhaften, in der Benommenheit, Betäubung, in dem oft schnellen Wechsel mit Klarheit; aber das alles sehen wir auch bei anderweitigen Psychosen, die nichts mit Infektion zu tun haben, z. B. bei Psychosen nach Traumen des Gehirns.

Von dem akuten halluzinatorischen Irrsinn (Amentia) und der akuten halluzinatorischen Paranoia sind die Infektions- und Kollapsdelirien nicht zu trennen.

Der schnelle Ausbruch der Psychose kann nicht ohne weiteres verwendet werden zugunsten des Deliriums, denn dieses erfolgt auch sehr plötzlich bei der Amentia, der Katatonie.

Auch für die Amentia läßt sich gegenüber der Manie kein absolut charakteristisches Unterscheidungsmerkmal angeben, wenn es auch zutreffend

ist, daß bei der Manie gewöhnlich Auffassung und Denktätigkeit nicht so weitgehend gestört sind, als bei den Infektionspsychosen. Auch aus dem verschiedenen Verhalten der Orientierungsfähigkeit und Erregung, die bei der Manie in der Regel Hand in Hand gehen, wird man keine bindenden Schlüsse ableiten können.

Bei der Manie, die keinen zu hohen Grad erreicht, wo keine weitgehende Trübung des Bewußtseins eintritt, läßt sich am ersten der anhaltend heitere Affekt und der ungemein lebhafte Stimmungswechsel von Heiterkeit zu Zornmütigkeit von Lachen und Weinen differentialdiagnostisch verwerten.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die Frage, ob es spezifische anatomische Befunde gibt, welche uns das Zustandekommen der Psychosen bei den Infektionskrankheiten erklären können, ist mit einem Nein zu beantworten. Die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht ausreichend, um in ursächlichem Zusammenhang mit den klinischen Symptomen dergestalt gebracht zu werden, daß sie uns eine vollkommene Erklärung für das Auftreten dieser geben.

Früher legte man großen Wert auf die Anomalien der Blutfülle des Hirns, Hyperämie, Anämie, suchte z. B. die Kollapspsychosen aus einer Anämie des Gehirns zu erklären. Weiter wurden beschrieben Trübung der Pia, Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Gehirnödem. Chemische Veränderungen der Hirnsubstanz, veränderter Wasser- und Fettgehalt bei Typhus (*Buhl*), größerer oder geringerer Wasserhalt des Hirnes bei Typhus (*Nobeling*) wurden angeschuldigt. Man legte dabei auch schon Nachdruck auf Veränderung der Zellen und Nervenfasern (*Hoffmann*, *Emminghaus*).

Diese Zellenveränderungen haben in neuerer Zeit ein eingehendes Studium erfahren. Hauptsächlich sind diese Untersuchungen beim Delirium acutum angestellt, weil hier die gesamten klinischen Erscheinungen am ersten den Eindruck einer schweren Infektion machten und Hoffnung erweckten für greifbare anatomische Befunde. *E. Meyer*, der sich selbst eingehend mit Zellenveränderungen befaßt hat, hat in einer sehr verdienstvollen Zusammenstellung über die pathologische Anatomie der Psychosen (*Orth-Festschrift*) die Ergebnisse der Untersuchung einer Würdigung unterzogen. Auch die Bakterienbefunde im Gehirn finden Sie dort erwähnt. Als Resultat ergibt sich, daß bei den Fällen, die als Delirium acutum verlaufen, ziemlich regelmäßig akute, meist schwere Zellveränderungen, Hyperämie und Blutungen in der Rinde nachweisbar sind, während die Glia keine stärkere Beteiligung erkennen läßt (akute Encephalomyelitis. *Binswanger* u. a.).

Bei gewissen Formen (Intoxikationspsychosen) zeigte die Glia viele Mitosen (*Alzheimer*).

Bakterienbefunde sind bei der ersteren Form häufig, aber nicht konstant. Es liegen eine Reihe zuverlässiger unzweideutiger Beobachtungen vor, so die bekannten Untersuchungen von *Westphal*, *Wassermann* und

Malkoff, welche bei akutem Gelenkrheumatismus, Chorea, Psychose, aus Blut, Gehirn, Herzklappe Mikroorganismen darstellten. Bei Tieren riefen diese Fieber und multiple Gelenkaffektionen hervor. *Sander*, welcher unter Kontrolle des Ehrlichschen Institutes seine Untersuchungen anstellen konnte, gelangt zu dem Schluß, daß in einzelnen Fällen von Delirium acutum, in denen meist eine fieberhafte Erkrankung (Angina, Influenza) vorhergegangen ist, eine Allgemeininfektion mit Bakterien, speziell Staphylokokken vorliegt. Die Blutinfektion sei die Hauptsache, die Bakterienheerde im Hirn der Ausdruck der Allgemeininfektion. In zwei Fällen von Delirium acutum bei periodischen Psychosen fand *Sander* nur sehr geringe Veränderungen gegenüber der mehr idiopathischen Form und bei Infektionskrankheiten ohne psychische Störungen, gleiche, nur quantitativ geringere Veränderungen. *Binswanger* und *Berger* konnten in ihren Fällen (Influenza mit Varizellen) die akute Degeneration von Fasern, Zellen, Hyperämie usw. zeigten (akute Encephalomyelitis), nicht sicher Bakterien nachweisen.

Wir sind aber noch weit davon entfernt, von einem Delirium acutum bacillare sprechen zu können.

Verhältnismäßig gering sind die Zellenveränderungen, die in Fällen (Typhus, Gonorrhöe), wo eine Untersuchung nach dieser Richtung vom Herrn Kollegen *Meyer* vorgenommen wurde, sich fanden.

Läßt die pathologische Anatomie mit ihren Befunden beim Versuch, das Zustandekommen der Erkrankung zu erklären, einstweilen noch im Stich, so rekurrieren wir auf andere Momente, von denen wir annehmen, daß sie hier von Wirkung sind.

Da begegnen wir einer Reihe von Umständen, die in der Eigenartigkeit des Verlaufes und der Erkrankung selbst, sowie in der Individualität des Befallenen begründet sind. Beim Zustandekommen wird ihnen eine gewisse Bedeutung nicht abgesprochen werden können.

Am wenigsten hat wohl die Schwere der Affektion mit dem Ausbruch der Psychose zu tun, wir sehen bei geringem Fieber schwere Delirien, auf der andern Seite sehr ernste Erkrankungen mit hohem Fieber ohne eine Spur psychischer Störung verlaufen.

Jäher Wechsel in der Temperatur, in der Pulsfrequenz, Zirkulationsstörungen, erscheinen oft wesentlich beim Zustandekommen der Kollapsdelirien.

Die toxische Wirkung der Infektionsstoffe resp. Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluß auf das Blut, Gehirn, den gesamten Stoffwechsel bleiben, erscheint uns bedeutungsvoll. Dabei müssen wir Temperaturerhöhung und Delirium als koordinierte Folge der Infektion ansehen.

Eine angenommene Idiosynkrasie der Hirnrinde gegen Toxine mancher Erkrankungen dürfte schwerlich geeignet sein, Aufklärung zu geben.

Alle diese angeführten Momente, soweit sie Geltung haben, werden uns keine endgültige Erklärung dafür geben können, warum das Nervensystem in einem Falle mit einer Psychose antwortet, im andern Falle unter den gleichen äußeren Bedingungen, soweit diese zu kontrollieren sind, nicht. Um uns das

verständlich zu machen, rekurren wir auf die durch Prädisposition und Heredität gesetzte Individualität.

Jüngere Menschen, Frauen, nervös Veranlagte, neigen mehr zum Ausbruch von Psychosen bei Infektionskrankheiten. Einzelne Autoren wollen bei $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ der Fälle eine ererbte oder erworbene psychische Disposition gefunden haben, sei es nun eine neuropathische Konstitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Exzesse, Vergiftungen, Überanstrengungen, psychischer Shok, erschöpfende Krankheiten.

Unter unserem Material ließ sich in 20% Erblichkeit konstatieren.

Es sind das aber alles Momente, deren Auftreten kein konstantes ist. In vielen Fällen können wir eine Reihe von Ursachen anschuldigen, in andern gibt uns selbst die genaueste Anamnese keine Anhaltspunkte für das Zustandekommen der Psychose.

Wir werden also nach unsern bisherigen Erfahrungen uns bescheiden müssen, in den Infektionskrankheiten nur veranlassende Momente zu sehen, die schon als solche, oder unter Umständen auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung ihre Wirkung in Form der Psychose äußern können.

II. E. Meyer-Kiel: Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen.

Dem Vortrage liegen als Material 46 in ihrem weiteren Verlaufe genau verfolgte Fälle mit deutlichen katatonischen Erscheinungen (in der überwiegenden Mehrzahl der katatonen Untergruppe der Dementia praecox Kraepelins entsprechend) zugrunde, die aus der Tübinger Klinik stammen. Nach dem Ausgang ließen sich diese in drei Gruppen sondern: 1. Wiederherstellung, 2. Heilung mit Defekt, 3. ungünstiger Ausgang. Bei der ersten Gruppe, die 14 Fälle umfaßt, die größtenteils ein oder mehrere Jahre wiederhergestellt erschienen, weist Vortragender darauf hin, daß er vom Standpunkte der Praxis aus eine „soziale“ Wiederherstellung als Genesung auffaßt. Die Fälle der ersten Gruppe zeigen fast alle akuten Beginn und allmähliches Abklingen, und die katatonischen Erscheinungen bestehen bei ihnen vorwiegend in früh einsetzendem und lange anhaltendem schweren Stupor. Demgegenüber machen sich in der zweiten Gruppe, der elf Fälle angehören, erheblich mehr Stereotypien verschiedener Art geltend, hinter denen dann in der dritten Gruppe, die 24 Fälle umfaßt, der schwere Stupor, besonders im Beginn, überhaupt ganz zurücktritt. Als Gesamtergebnis ergibt sich einmal, daß akuter Beginn und langsames Abklingen prognostisch die verhältnismäßig besten Chancen bietet, und daß, was die katatonischen Erscheinungen angeht, früh einsetzender schwerer Stupor, wenig kompliziert durch anderweitige katatonische Erscheinungen, verhältnismäßig weit günstiger für den weiteren Verlauf erscheint, als wenn andere katatonische Erscheinungen (Stereotype Bewegungen, Grimassieren, Verbigeration u. a.) in den Vordergrund treten.

Der Vortragende zieht dann noch andere Momente, die für die Prognose in Betracht kommen können, heran, u. a. die hereditäre Belastung, die in 54% der Fälle vorhanden war, und zwar etwas schwerer bei den ungünstigen Fällen, und weist darauf hin, daß bei einem Teil der Fälle sich die katatonische Psychose bei von Haus aus schwachsinnigen oder eigenartig veranlagten Individuen entwickelt hatte. Nachdem er weiter die Fragen der periodischen Erkrankungen und die der Remissionen gestreift hat, betont er zum Schluß ganz besonders, daß das Auftreten katatonischer Erscheinungen die Prognose zwar ernster gestaltet, aber keineswegs absolut ungünstig, daß nach seinen Erfahrungen in 20—25% der Fälle Wiederherstellung auf Jahre eintritt. (Der Vortrag ist ausführlich in der Münch. Med. Wochenschr. 1903. No. 32 veröffentlicht.)

Degenkolb-Neustadt. Nach der Zusammenstellung des Vortragenden, deren Ergebnisse mit dem Urteil übereinstimmen, das ich mir selbst gebildet habe, kommt den katatonischen Symptomen ein verschiedener Wert zu. Manieren, Stereotypie, Grimassieren sind, wenn sie bei leidlicher Besonnenheit im Krankheitsbild einigermaßen hervortreten, sehr ungünstig. Günstig ist das Symptom des katatonischen Negativismus — das nicht schlechthin mit Stupor identifiziert werden darf —, wenn es sich nicht mit den vorher erwähnten ungünstigen Erscheinungen kombiniert. Ich habe dabei Heilungen bezw. weitgehende Remissionen nach langer Krankheitsdauer erlebt. Stupor kommt als Endzustand vor.

Jaspersen-Preetz: Mit Recht hat der Vortragende gerade in der prognostischen Beurteilung den Begriff der Heilung dahin festgestellt, daß eine solche anzunehmen sei, wenn Krankheitseinsicht vorhanden ist, wenn die Symptome der Krankheit verschwunden sind und dieser günstige Zustand eine bestimmte Zeit, ein Jahr, andauert. — Diejenigen, die eine durchaus ungünstige Beurteilung der katatonischen Symptome annehmen, verlangen eine Beobachtung der Betroffenen über das ganze Leben und sehen in einem nach noch so langer Dauer wieder auftretenden Krankheitsfall entweder eine Periodizität, oder betrachten die gesunde Zwischenzeit als ein Interimistikum. — Das geht schon aus den praktischen Gründen nicht an, um so weniger, als innere Gründe für die genannte Auffassung nicht genügend vorliegen. Die pessimistische Beurteilung der katatonen Symptome führt dazu, auch dem Publikum gegenüber mit der Vorhersage starke Enttäuschungen zu erleben.

Siemerling-Kiel: Bei der Schwierigkeit der Prognose akuter Seelenstörungen ist es doppelt dankenswert, daß derartige Untersuchungen angestellt werden wie die, über welche der Vortragende berichtet hat. Es bestätigt sich wieder, daß nicht ein Symptom für die Prognose ausschlaggebend sein darf. Es gilt das auch besonders für die puerperalen Psychosen. S. bemerkt dabei, daß deren Zahl abgenommen habe, eine Tatsache, die auch in der Diskussion auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte

im Jahre 1901 zum Ausdruck gekommen sei, wobei zweifelsohne unter andern die bessere Entwicklung des Hebammenwesens von Bedeutung sei.

Werth-Kiel: hat nur wenige Fälle von puerperaler Psychose beobachtet. Er glaubt, daß die von Herrn Siemerling konstatierte Abnahme dieser Erkrankungsfälle wesentlich auf die in der geburtshilflichen Asepsis gemachten Fortschritte zurückzuführen ist, die auch aus der allgemeinen puerperalen Mortalitätsstatistik deutlich, wenn auch noch nicht ganz in dem wünschenswerten Umfange hervorgehen.

III. C. Hermkes-Kiel: Über den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen.

Vortragender teilt zunächst die Krankengeschichten von sechs hierher gehörigen Fällen mit, die zum Teil (1., 2., 3., 6.) dem Material der Kieler psychiatrischen und Nervenkllinik, zum andern Teil (4. u. 5.) der Wasserheilanstalt Marienberg zu Boppard entstammen.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 25jährige Person, die im Anschluß an Gemütsbewegungen allgemeine nervöse Beschwerden und besonders heftige, dauernde Magenbeschwerden bekam. Letztere gaben zu der Diagnose „Ulcus ventriculi“ Veranlassung und führten bei der Erfolglosigkeit jeder Therapie zu einer Laparotomie, die ganz normale Verhältnisse ergab. Nach der Operation bald wesentliche Verschlimmerung des Krankheitsbildes; zu den schon vorher bestandenen allgemeinen und lokalen Magenbeschwerden traten neue hinzu, insbesondere Retentio urinae, Abasie, Sensibilitätsstörungen, typische hysterische Anfälle usw. Erst nach monatelang konsequent durchgeführten elektro-, hydro- und psychotherapeutischen Maßnahmen wesentliche Besserung.

Im zweiten Falle stellten sich bei einer 30jährigen Schneiderin, wahrscheinlich infolge Überanstrengung. Zeichen von Hysterie ein, die zunächst in Leibbeschwerden bestanden und zur Diagnose Ulcus ventriculi, Perityphlitis und Parametritis führten. Die eingeleiteten lokalen Behandlungen hatten keinen Erfolg; auch konnten durch eine wegen fixierter Retroflexio uteri ausgeführte Ventrofixatio, wodurch die objektiv nachweisbare Lageveränderung des Uterus beseitigt wurde, weder die allgemeinen hysterischen, noch die subjektiven lokalen abdominalen Beschwerden gehoben werden; dieselben mehrten sich im Gegenteil und gingen erst nach längerer physikalischer, psychischer und medikamentöser Behandlung zurück.

Der dritte Fall betrifft eine 38jährige Arbeiterfrau, welche jahrelang über die mannigfachsten Beschwerden klagte, ohne daß die objektive Untersuchung ein lokales Leiden feststellen konnte: wegen fortgesetzter Schmerzen in der rechten Ovarialgegend wurde laparotomiert: Rechtes Ovarium etwas vergrößert, derb, Einkerbungen in der verdickten weißen Albuginea, ein großes Corpus luteum, Tuben offen, von normalem Aussehen; Entfernung der rechten Adnexe. Später wegen in verschiedenen langen Zwischenräumen auftretender Schmerzen in der Ileocoecalgegend zweite Laparotomie, wobei der

äußerlich keine Veränderungen zeigende Processus vermiformis entfernt wurde; in demselben fanden sich einige wenige Millimeter große Grannen von Gerstenähren. Nach der Operation fortgesetzt starke hypochondrische Klagen über Aufstoßen, Schmerzen im rechten Hypogastrium, in der Regio pubis ohne objektiven Befund; Patientin verlangte nach weiteren Operationen, bietet im übrigen das typische Bild der Hysterie, die sich nach einer längeren Behandlung in der Nervenlinik etwas besserte.

Im vierten Falle hatte eine im Anschluß an eine Laktation entstandene äußerst hartnäckige Mastodynie bei einer ausgesprochenen Hysterica zur Abtragung beider Mammæ geführt, worauf eine wesentliche Verschlimmerung sowohl der lokalen Beschwerden als auch des Allgemeinbefindens eintrat, die jahrelang anhielt und sich erst nach einer monatelang durchgeführten Anstaltsbehandlung besserte.

Bei dem fünften Falle bildete sich auf dem Boden der Hysterie ein schwerer rechtseitiger Akzessoriuskrampf aus, der zu einer Durchtrennung des rechten Accessorius Veranlassung gab. Nach der Operation erhebliche Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, und schon nach wenigen Wochen waren die Krämpfe wieder in der alten Intensität vorhanden. Einer lange Zeit durchgeführten psycho-, hydro-, electro- und orthopädischen Behandlung gelang es, sowohl die sich fast auf den ganzen Körper erstreckenden Allgemeinbeschwerden sehr erheblich einzuschränken, als auch die Krämpfe vollständig zu beseitigen; zurzeit (nach 2 $\frac{1}{2}$ Jahren) wird der Kopf zwar noch bei Bewegungen geschont, aber er ist nach allen Richtungen hin frei beweglich.

Im sechsten Falle handelt es sich um einen 23jährigen Steindrucker, der die mannigfachsten hypochondrischen Klagen vorbrachte, in seinen Reden und Handlungen ein auffallend läppisches Wesen mit Grimassieren usw. zeigte, überhaupt in allem eine hochgradige geistige Schwäche erkennen ließ. Da seine hypochondrischen Klagen sich zeitweise besonders auf die Hoden erstreckten, wurden ihm nacheinander beide Hoden exstirpiert, ohne daß der objektive Befund für diese Operation hinreichenden Anlaß gegeben hätte. Das gesamte Krankheitsbild erfuhr durch diese Eingriffe nicht die geringste Besserung.

Im Anschluß an diese Fälle werden zunächst die Gründe erörtert, welche bei Neurosen und Psychosen zu Operationen führten. Man glaubte entweder durch Beseitigung gewisser von bestimmten Organen ausgehender Reize das Nervenleiden direkt günstig beeinflussen zu können, oder die Erscheinungen des Nervenleidens hatten organische Erkrankungen vorgetäuscht, und man hoffte durch Beseitigung dieser indirekt auch die nervösen Symptome zu heilen. Als zur ersten Gruppe gehörig wird die Epilepsie besprochen: bei der genuinen Epilepsie wird vom Vortragenden die Möglichkeit einer Heilung durch operative Eingriffe entschieden in Abrede gestellt, während bei der sogenannten Reflexepilepsie, speziell der traumatischen, eine chirurgische Behandlung schon eher in Erwägung zu ziehen ist. Es wird ein einschlägiger Fall, der aus der Tübinger chirurgischen und psychiatrischen Klinik veröffentlicht ist, besprochen, wo bei einer Reflexepilepsie nach operativer Behandlung die

epileptischen Anfälle schwanden, wo aber später auftretende hysterische Erscheinungen durch operative Eingriffe keine Beeinflussung erfuhren.

Sodann wird der Heilwert chirurgischer Eingriffe bei Hysterie erörtert; ausgehend von der durch *Hegar* ins Rollen gebrachten Kastrationsfrage bei Neurosen werden die in der Literatur angeführten Resultate operativer Eingriffe bei Hysterie und deren theoretische Begründung einer kritischen Betrachtung unterzogen; die Verfechter dieser Behandlungsmethode gehen schließlich aus von der Auffassung der Hysterie als einer von bestimmten Organen, meist von den Genitalien ausgehender Reflexneurose. Diese Reflextheorie wird im einzelnen widerlegt, und Vortragender schließt sich der von *Jolly* u. a. begründeten Auffassung an, welche in der Hysterie eine endogene, zentrale, eine im wesentlichen durch psychische Veränderungen bedingte Krankheit erblickt. Bei dieser Auffassung könnte man nur versuchen, durch eine lokale Operation suggestiv den ganzen Organismus günstig zu beeinflussen; die Erfahrung lehrt, daß dies nur in verhältnismäßig seltenen Fällen gelingt.

Vortragender führt weiter aus, wie häufig die subjektiven Klagen der Hysterischen organische Leiden vortäuschen; am häufigsten geben die Genital-, Ileocolcal- und Magengegend zu diagnostischen Irrtümern Anlaß, wie das früher schon von *Sander* betont wurde. Häufig werden schwere Lokalerscheinungen auch absichtlich vorgetäuscht, sei es aus Sucht sich interessant zu machen, sei es aus Verlangen nach ärztlicher Behandlung — ein Vorkommnis, welches an zwei kürzlich beobachteten Hystericis erläutert wird.

Bezüglich der sogenannten kleinen gynäkologischen Behandlungsmethoden, wie sie wegen leichter Endometritis, Lageveränderung usw. in Anwendung kommen, steht Vortragender auf dem Standpunkt, daß diese auf Hysterische und Geisteskranke sehr häufig ungünstig einwirken und daher nach Möglichkeit eingeschränkt werden sollen; es wird ein wegen Retroflexio mit Adhäsionen und Endometritis nach *Thure Brandt* mit Massage behandelter Fall mitgeteilt, in welchem sich an letztere stärkere geschlechtliche Erregung, Masturbation, hypochondrische Depression anschlossen.

Endlich wird noch kurz die Frage des künstlichen Aborts behandelt, der bei Chorea gravidarum, Eklampsie, Hyperemesis und melancholischen Depressionszuständen empfohlen wurde. Bei allen diesen Krankheitsformen wird eine genaue Indikationsstellung in jedem einzelnen Falle notwendig sein; in den drei zuerst genannten, wo neben psychischen Ursachen sicher bezw. höchstwahrscheinlich häufig auch toxische und infektiöse Momente eine Rolle spielen, wird ein operativer Eingriff nicht selten geboten sein; mehr Zurückhaltung erscheint bei der Melancholie geboten, wo einerseits die psychische Erkrankung während noch bestehender Gravidität zurückgehen und den Gefahren der melancholischen Depression durch eine geeignete Anstaltsbehandlung in weitgehendem Maße vorgebeugt werden kann, andererseits, wie beobachtet wurde, die Psychose auch nach der Entbindung unverändert fort-dauern kann.

Zusammenfassend formulierte der Vortragende seine Meinung dahin, daß bei Psychosen und Neurosen eine chirurgische Behandlung nur dann Platz zu greifen hat, wenn eine genau festgestellte Indikation besteht. Letztere muß gestellt werden auf Grund eines unter Zuhilfenahme aller zu Gebote stehenden Hilfsmittel klargelegten objektiven Befundes, während bei der Bewertung der subjektiven Beschwerden der Kranken stets die psychischen Anomalien weitgehendste Berücksichtigung finden müssen. Es werden meist nur solche Fälle zur Operation kommen, welche auch ohne das Bestehen der Psychose ein chirurgisches Eingreifen erfordern würden, und auch hier wird man, wenn möglich, die Operation bis nach Heilung der Psychose verschieben.

Siemerling-Kiel hat wiederholt den Eindruck gehabt, daß der Zusammenhang zwischen Gravidität und dem Auftreten einer Melancholie ein enger ist. Auch hat er einige Fälle beobachtet, wo mit dem Eintreten des spontanen Aborts die Melancholie eine fast plötzliche Besserung oder Heilung erfuhr.

Werth-Kiel: Unter den Kranken in gynäkologischen Kliniken findet sich stets ein großer Bruchteil mehr oder weniger Hysterischer mit Genitalleiden. Die Abgrenzung der auf die Hysterie und der auf den örtlichen Veränderungen beruhenden Symptome macht große Schwierigkeiten, zumal die Möglichkeit einer längeren, der eigentlichen Behandlung vorausgehenden Beobachtung in der Regel fehlt. Damit erklärt es sich, daß gelegentlich die richtigen Indikationen nicht getroffen werden, und der operative Erfolg in subjektiver Beziehung nicht befriedigt. Wenn auch wegen der Hysterie nicht operiert werden darf, so muß dies doch recht oft trotz derselben geschehen, und nicht selten sieht man auch nach Eingriffen, welche objektiv begründete Schmerzen, Blutung, Ausflüsse beseitigen, in Verbindung mit entsprechender Allgemeinbehandlung, Mastkur usw. auch in bezug auf die Hysterie günstige Erfolge. Den von dem Vortragenden eingenommenen Standpunkt gegenüber dem Operieren wegen und bei Psychosen teilt *W.* durchaus auf Grund eigener klinischer Erfahrung.

Quinke-Kiel möchte wie bei der Epilepsie eine genuine und eine Reflexhysterie unterscheiden; zu letzterer Gruppe rechnet er die sehr zahlreichen Hysterischen, welche nur dann Symptome der Hysterie zeigen, wenn sie irgend eine Organ- oder andere körperliche Krankheit haben; oft sei diese sehr geringfügig und nicht immer leicht aufzufinden. Sie zeigt sich als auslösendes Moment erst durch den Erfolg der Behandlung, — sei es innere, sei es chirurgische. —

Diese Fälle kommen häufiger dem Internen vor, dem Neurologen und Psychiater mehr die schweren, „genuinen“ Fälle, bei welchen Behandlung örtlicher Krankheiten erfolglos bleibt.

Sick-Kiel: Über die angeführten chirurgisch behandelten Fälle bin ich zu wenig orientiert, um etwas Sicheres darüber zu sagen. Im allgemeinen aber möchte ich betonen, daß der Psychiater in solchen Fällen leicht in die Lage des Pathologen gerät, welcher chirurgische Leistungen nur nach den

letalen Fällen beurteilt. Die Mehrzahl der Operierten kommt eben nicht mehr in Behandlung des Psychiaters — ich erinnere mich mehrerer guter Resultate, die ich in den letzten sechs bis sieben Jahren gesehen.

Man muß allerdings auch positive Eingriffe machen, z. B. bei ausgesprochenen Magenbeschwerden nicht nur Probelaaparatomie, sondern etwa Gastroenterostomie zur Besserung der mechanischen Verhältnisse, wie ich es vor einigen Monaten zuletzt und mit bis jetzt gutem Erfolg tat. Die Mammaexstirpationen dürften wegen Mastodynie allerdings von Chirurgen, die von allgemeinen ärztlichen Gesichtspunkten ausgehen, kaum gemacht werden. Ebenso werden wir dankbar sein, jene objektiv unsichern Hodenerkrankungen den Psychiatern überweisen zu können. Eine Dauerheilung der angeführten Accessorius Erkrankung dürfte allerdings nur durch ausgedehnte Resektion (die auch ihre Bedenken hat) zu erreichen sein.

Noch nicht abgeschlossen, aber sicher nicht so hoffnungslos (und so von oben zu beurteilen) ist die Frage chirurgischer Eingriffe bei schwerer genuiner Epilepsie. Es haben bedeutende Gewährsleute, vor allem *Kocher*, zumal bei sonst ganz verzweifelten Fällen (viele Anfälle den Tag) sehr gute Besserungen, wenn auch noch kaum Dauerheilungen erzielt. Es ist ja hier, wie in manchen anderen Fällen, die sich später als ungeeignet herausstellen können, weniger die Schneidigkeit des Operateurs, sondern die Unzulänglichkeit der konservativen Mittel, welche zur Operation treibt.

So mag es das richtige sein, eine kombinierte chirurgische und allgemeine Behandlung zur gegenseitigen Ergänzung und um so sicheren Heilung des Kranken einzuleiten, um nicht etwa günstige Zeit zu operativen Eingriffen zu versäumen oder einseitig Indikationen zu letzteren abzulehnen.

Hermkes (Schlußwort): *H.* kann wegen der vorgerückten Zeit auf Einzelheiten nicht näher eingehen, betont nur Herrn *Sick* gegenüber, daß seiner Ansicht nach bei hysterischen Magenbeschwerden eine Gastroenterostomie ebensowenig eine Heilung bringen dürfte wie eine Probelaaparatomie; in dem angeführten Falle von Akzessoriuskrampf hält er es für ein Glück, daß nur eine Durchtrennung des Nerven vorgenommen und damit eine schnelle Regeneration des Nerven ermöglicht wurde; es konnte so bei der eingeleiteten Behandlung eine Restitutio ad integrum stattfinden, was noch einer ausgedehnten Resektion des Accessorius wahrscheinlich ausgeschlossen gewesen wäre.

IV. *Nonne-Hamburg*: Bakteriologische Blutuntersuchung bei Delirium tremens.

Herr *N.* spricht über die verschiedenen Theorien der Ätiologie des Delirium tremens (Inanitions-Theorie von *Rose*, Urämie-Theorie von *Hertz*, Theorie der Auto-Intoxikation, Infektions-Theorie). Bei 15 Fällen von unkompliziertem Delirium tremens entnahm *N.* mit der Lührschen Spritze je 15 ccm Blut und legte davon Kulturen an. In allen Fällen blieben die Platten steril. Dieses Resultat spricht nicht dafür, daß

das Delirium tremens, wie die klinische Beobachtung wohl annehmen lassen könnte, auf einer „Infektion“ beruht, sondern die Annahme, daß es sich um eine (Auto-) Intoxikation handelt, hat mehr Wahrscheinlichkeit.

V. Siemerling-Kiel. Vorstellung eines Falles von schwerer hysterischer Psychose mit Selbstbeschädigungstrieb (Verbrennungen durch Salzsäure).

24jähriges Mädchen. Mutter hysterisch. Früher schon Vortäuschung von Krankheiten (Lungenblutung). Vor acht Jahren Bruch des linken Unterschenkels. Seitdem Schwäche des linken Beines, schon dieses. Bald nach dem Bruch Verbrennungen durch Salzsäure an mannigfachen Stellen des Körpers mit Einschluß vom Nasenseptum (Perforation) und Vagina (vergl. *Groß*: Über artifizielle Hautangrän, Arch. f. klin. Mediz. 1902). Außer den Verbrennungen, welche sie mit in Salzsäure getränkte Wattebäuschen ausführte, Vortäuschung von Fieber, incontinentia urinae, mehrfach blutiger Auswurf, Kot in der Scheide.

Wegen Verdacht auf Coxitis Eröffnung des linken Hüftgelenks. —

Juni 1903: status. Contractur im linken Bein. Spitzfußstellung. Auch in der Chloroformnarkose läßt sich Contractur nicht ganz ausgleichen. Während dieser ist das Kniephänomen links noch deutlich erhalten, während es rechts schon lange geschwunden ist. Sensibilitätsstörungen sehr wechselnd, linksseitige Hemianästhesie und Hemianalgesie, dann totale Anästhesie und Analgesie mit kleinen empfindlichen Partien. Dermographie. Überall am Körper ausgedehnte Narben von den selbst beigefügten Verbrennungen durch H Cl. Sehr labile Stimmung. Versuch, Conjunctivitis zu erzielen. Halluzinatorische Delirien mit affektierter, gezielter Sprechweise. Neigung zum Lügen. Nahrungsverweigerung tagelang. Labile Herzstätigkeit.

Quinke-Kiel glaubt sich zu erinnern, daß die Kontraktur im linken Bein in der ersten Zeit in der medizinischen Klinik nicht vorhanden war, sondern erst mit der Markierung der Symptome einer koxitischen Erkrankung auftrat.

Rohwedder-Ratzburg: Das eben vorgestellte Mädchen ist von mir an einem Schrägbruch des linken Unterschenkels behandelt, hat jedoch nicht fünf, sondern nur in der zweiten und dritten Woche im Streckverband gelegen. Anfang der fünften Woche ist sie aufgestanden und hat dann längere Zeit gebraucht, um wieder zur vollen Kraft im linken Bein zu kommen, die jedoch schließlich eingetreten ist. Die erste Nekrose habe ich auch gesehen, und zwar zeigte sich dieselbe zuerst bei Abnahme eines Lysolumschlages, der zur Heilung einer kleinen Hautwunde verordnet war. Das Mädchen ist unter Verhältnissen aufgewachsen, die dem Entstehen einer Psychose sehr förderlich waren. Die Mutter litt an traumatischer Hysterie. Die Retentio urinae, die das Mädchen geboten hat, habe ich auch an der Mutter behandelt, auch hat die Mutter mehrfach Schmähbriefe geschrieben, u. a. bei Gelegenheit der Herabsetzung einer Rente, bei der ich gänzlich unbeteiligt gewesen war.

Nonne-Hamburg hat eine Kranke mit hysterischer rechtsseitiger Hüftgelenks-Kontraktur gesehen, welche ein Jahr lang unter der Diagnose „Coxitis incipiens“ in Extension gelegen hatte. Erst als sie hystero-epileptische Anfälle bekam, hatte *N.* Gelegenheit, sie zu untersuchen, und konstatierte eine hysterische Anästhesie der betreffenden Extremität mit Hyperästhesie in der Hüftgelenksgegend. Durch hypnotische Suggestion gelang es, die Anfälle nicht nur, sondern auch die Gelenksneurose zu beseitigen. Sechs Monate später behandelte *N.* dieselbe Kranke im Eppendorfer Krankenhaus wegen allgemeiner hysterischer Beschwerden. Bei dieser Gelegenheit täuschte Patientin eine Anurie vor. Sie brachte dies auf die Weise zustande, daß sie (sie lag im Isolierzimmer) bei Abwesenheit der Wärterin in die Eisblase, welche ihr wegen Kopfschmerzen ordiniert war, urinierte, sie „erneute“ sich dann die Eisblase selbst. Wieder später täuschte sie Chylurie vor, indem sie ihr wegen Mastdarmschmerzen verordnete Opiumsuppositorien verrieb und in den Urin hinein praktizierte.

Knoop-Kiel berichtet im Anschluß an Herrn *Siemerlings* Demonstration über einen Fall von schwerer Selbstverletzung auf hysterischer Grundlage, den er in der Ambulanz der königlichen Frauenklinik beobachtet und behandelt hat. Eine 30jährige Frau, welcher wegen unstillbarer metritischer Blutungen der Uterus vor $\frac{3}{4}$ Jahren extirpiert war, kam in die Sprechstunde mit großen schmierig belegten Ulcerationen der Vagina. Anamnestisch wußten wir, daß Patientin *Hysterica* war; der Verdacht, daß die Ulcera artifizieller Natur seien, lag von Anfang an vor. Die Geschwüre heilten unter indifferenter Behandlung zum Teil ab, um dann plötzlich wieder in verstärktem Maße aufzutreten. Suchen nach spezifischen Bakterien blieb erfolglos. Die Reaktion auf den Geschwüren, mit Lakmuspapier geprüft, war stets sauer. (Wir dachten an Salzsäureverätzung). Nach längerer Zeit gestand Patientin dann ein, daß sie sich mit Salmiakgeist die Verätzungen beigebracht habe und zwar durch Einspritzungen der Flüssigkeit mittelst eines Irrigators. Nach der Entlarvung Heilung ohne jede weitere Behandlung und ohne störende Narbenbildung.

Halbey-Langenhorn berichtet von einem Fall, den er vor drei bis vier Jahren am Niederrhein beobachtete, und der auch noch ein anderseitiges Interesse hat. Ein 14jähriges Mädchen, Tochter eines Eisenbahnbeamten, mazerierte sich einige Finger mit Salzsäure. Die Sache wurde ärztlich erkannt, aber nicht zu Heilung gebracht. Ein Kurfuscher, der die Diagnose *Lepa* stellte, heilte angeblich mit Lehmumschlägen, weil Patientin die Beschädigungen aufgab. Später traten die Selbstbeschädigungen wieder auf, sobald Patientin der Behandlung des Kurfuschers entzogen war.

VI. *Meyer-Kiel*: Demonstration von Krankheitsfällen.

1. Fall von *Maladie des Tics impulsifs*.

Bei einem jetzt 45jährigen Manne bestehen zuckende Bewegungen im gesamten Körper, die nicht eigentlich den Charakter von Krämpfen zeigen,

sondern mehr den beabsichtigter Bewegungen. Sie ähneln mehr den natürlichen Ausdrucksbewegungen. Vor allem ist das Gesicht beteiligt: Blinzeln mit den Augenlidern, Schließen der Augen, Runzeln der Stirn, Vortreiben der Lippen und Verziehen des Mundes; auch Verziehen des Gesichts zu einem verdrießlichen Ausdruck oder als wollte er weinen. Öfters Zähneknirschen und Schluckbewegungen. Ferner sieht man Verdrehen des Kopfes und Nicken mit demselben, Zucken der Schultern und Arme, Unruhe der Hände, die hin- und herrutschen. Im Sitzen fällt besonders Spreitzen und Schließen der Beine auf, der Körper wird im ganzen ruckartig gestreckt und gebeugt. Der Kranke rückt unruhig hin und her, ähnelt etwas einem Kinde, das nicht ruhig sitzen kann. Bei diesen Bewegungen ist die rechte Seite stärker beteiligt. Patient geht mit gebeugtem Kopf in steifer Haltung, hastig und mit kleinen Schritten. Die Sprache ist mühsam, stoßweise, auch die Atmung ruckweise. Am liebsten steht der Kranke, indem er ein oder beide Kniee auf einen Stuhl legt und sich mit der einen Hand an der Lehne des Stuhles, mit der andern am Tisch festhält. Er könne am besten gegen das Zucken angehen, wenn er so etwas vorhabe. Seit Monaten schläft Patient so, daß er beide Kniee auf einen Stuhl legt, den Oberkörper vornüber auf einen Tisch beugt, wo er sich Kissen zurechtlegt, auf denen der Kopf ruht. Im Schlaf sollen die Zuckungen aufhören. Neben diesen an Zwangshandlungen zum mindesten erinnernden Erscheinungen haben sich dann noch andere zwangsartige Handlungen entwickelt, so leises, eintöniges vor sich Hinsingen. — Patient sagt, er müsse das —, ferner das Halten eines Stöckchens an den Lippen, mit dem er an der Unterlippe hin und herfährt. Oft hört man schmatzende und schlürfende Laute, sowie Zähneknirschen. Patient schwitzt stark, sonst körperlich, speziell von seiten des Nervensystems, nichts besonderes. Psychisch bestehen zurzeit keine Abnormitäten, nur sei er leicht reizbar. Patient klagt außer diesen zuckenden Bewegungen jetzt über ein Gefühl von „Krampf“ im Gesicht. Er könne die Bewegungen durch Willensanspannung unterdrücken, doch sei er am liebsten für sich allein im Garten, dann brauche er sich nicht zu beherrschen.

Was die Entwicklung des Leidens angeht, so ist Patient stark belastet. (Vater † an Selbstmord in Geisteskrankheit, Bruder Epileptiker.) Von Ticerscheinungen in der Jugend nichts bekannt. Von Hause aus Musiker, seit 25 Jahren Geiger, sehr anstrengende Tätigkeit.

Zuerst angeblich September 1898 Schmerzen im rechten Unterarme, als er gerade Violine spielte. Kurze Zeit später fuhr ihm der Arm beim Aufstrich häufig aus, flog in die Höhe, besonders beim langsamen Spielen, deshalb gab er Pfingsten 1899 das Violinspiel auf und blies Trompete. Doch strengte ihn dies sehr an, er schlief schlecht, hatte wenig Appetit. Von Herbst 1900 bis Anfang 1901 als Schreiber tätig, doch ging auch das wegen des Hochfliegens des Armes bald nicht mehr. Anfang 1901 zuerst Zucken in der rechten Schulter, bald darauf eigentümliches Gefühl von Spannung, mußte sich recken, wie wenn man nicht ausgeschlafen hat. Dann Gefühl, als stramme sich die

Nackenmuskulatur, es bestand „Krampf“ und Spannung am Halse, Kopf und Gesicht fingen an zu zucken und bald der ganze Körper. Sommer 1901 zwei Monate in der medizinischen Klinik zu K., wo schon die gleichen zuckenden Bewegungen wie jetzt beobachtet wurden. In der Folgezeit allmähliches Hinzutreten der zwangsartigen Erscheinungen. September 1901 Andeutung von Wahnideen, er sei manchmal wie „beheht“, er müsse auf eine Stelle treten, wenn er vorwärts gehen wolle. Es trat dies besonders jedesmal auf, wenn er ein Sanatorium besuchte, wo er behandelt wurde. Er konnte, sowie er in den Garten kam, nur mit Mühe vorwärts, glaubt es sei etwas im Garten gewesen. er sei wohl hypnotisiert, es war ihm so eigentümlich zu Mute, sonst keinerlei psychische Störungen.

Zusammenfassung: Impulsiver Tic mit zwangsartigen Erscheinungen und einzelnen wahnhaften Ideen, auf dem Boden hereditärer Belastung bei einem 42jährigen Manne entstanden, wie es scheint, im Anschluß an eine „coordinierte Beschäftigungsneurose“ (Beschäftigungskampf).

2. Ausgedehnte tuberkulöse Erkrankung des linken Stirnhirns, die unter dem Bilde einer Epilepsie mit schweren psychischen Störungen verlief.

Mit 28 Jahren, Oktober 1901, erster Krampfanfall: Initialer Schrei, plötzliches Umfallen, Zuckungen in Armen und Beinen, Einnässen. In der Folgezeit wiederholt ähnliche Anfälle, so am 18. März 1901 vier. Im Anschluß daran sonderbare Reden, dann drei Tage stuporöses Verhalten, das am vierten Tage durch ängstliche Unruhe mit Unorientiertheit und sehr lebhaften Gesichtstäuschungen unterbrochen wird. 23. März 1901 Aufnahme. Der Stupor dauert noch mehrere Tage an, eigentümliche stereotype Bewegungen darin. Auf Befragen klagt Patient über Kopfschmerzen in der Stirn. 30. März allmählich klar und geordnet geworden. Totale Amnesie. Somatisch nichts besonderes, speziell von seiten des Nervensystems. Nach der Entlassung trotz fortgesetzter Bromgaben (ca. 4 gr) alle 14 Tage bis 3 Wochen Anfälle wie früher. Patient erschien immer etwas unklar, faßte schwer auf, vergaß leicht. Seit Mitte Dezember 1902 Klagen über sehr starke Kopfschmerzen.

29. Dezember 1902 zweite Aufnahme. Körperlich außer leicht differenten Pupillen ($r > l$) nichts Abnormes. Etwas schläfrig, aber orientiert, sagt, der Kopf werde immer schwächer, rechnet sehr schlecht. Er klagt, morgens sei er ziemlich klar im Kopf, nachmittags werde er wie benommen, bekomme starke Kopfschmerzen.

Anfang Januar 1903 sehr heftige Kopfschmerzen, einmal Pulsverlangsamung, sonst, auch in der Folgezeit, niemals, meist vielmehr Pulsbeschleunigung. 6. Januar 1903 kurzer Anfall: Zuerst langgezogenes Heulen, dann Zucken im ganzen Körper, Kopf nach rechts verdreht, ebenso Bulbi, Pupillenstarre, Reflexe erloschen, Samenabgang. Kein Babinski, auch nach dem Anfall. Im Urin Spuren von Eiweiß.

12. Januar 1903. Morgens kurzer ähnlicher Anfall. Ophthalmoskopisch (Privatdozent Dr. Stargardt): Pupillengrenzen verwaschen, links Hyperämie und Schwellung des nasalen Teils, vermehrte Füllung und Schlängelung der Venen.

In den nächsten Tagen tagsüber sehr schläfrig, mangelhaft orientiert, nachts unruhig.

18. Januar 1903. Rechte Nasolabialfalte flacher als die linke, Zunge weicht eine Spur nach rechts ab, Sprache auffallend verwaschen, nasal, Andeutung aphasischer und paraphasischer Störungen, Sehnenreflexe vorhanden, Hautreflexe nicht resp. sehr schwach.

Da Brom keinen Erfolg erkennen ließ, Einleitung einer Opium-Brom-Kur (nach *Fleischick-Ziehen*) vom 20. Januar 1903 an. 18., 19., 22. und 25. Januar 1903 je ein kurzer Anfall wie früher.

26. Januar 1903. Verweigert die Nahrung.

27. Januar 1903. Einigermassen orientiert, doch schwer besinnlich.

29. Januar 1903. Nachts unruhig, ängstlich, sehr verwirrt, sagt immer: „Paßt nur auf, sie kommen, ich will bloß den Kopf geben, weiter will ich nichts geben.“ Spricht nach, was im Saal gesprochen wird.

30. Januar 1903. Glaubt sich verfolgt, verschanzt sich mit Matratzen dagegen.

Im Dauerbad allmählich ruhiger.

4. Februar 1903. Auffallend schläfrig, klagt über starke Kopfschmerzen, gibt keine rechte Auskunft.

9. und 13. Februar 1903. Kurzer Anfall wie früher.

14. Februar 1903. Heftiger Kopfschmerz.

16. Februar 1903. Ophthalmoskopisch jetzt normaler Befund (Privatdozent Dr. Stargardt).

16. Februar 1903, 21. und 22. Februar 1903 je ein Anfall ohne Besonderheiten. Anfang März viel Kopfweh.

6. März 1903. Starkes Erbrechen, fünf Minuten später ein Anfall wie früher.

10. März 1903. Erbrechen ohne Anfall.

12. März 1903. Beginn der Bromzeit. War die letzte Zeit sehr schläfrig, apathisch, aber einigermaßen orientiert und ruhig.

17. März 1903. Verwirrt, unruhig, nimmt den Arzt Dr. O., ebenso eine vorgehaltene Uhr und ein Buch. Weint dann sehr.

Sprache sehr undeutlich, Gang schwankend. In den nächsten Tagen fast anhaltend verwirrt, meist ängstlich, selten heiter, oft unruhig, dazwischen apathisch.

Die Kornealreflexe sind vorhanden.

Die Bromdosen vom 20. März an schnell herabgesetzt auf drei Gramm am 25. März 1903.

25. März 1903. Benommen reagiert nicht.

Exitus letalis an Pneumonie.

Sektion: An der Konvexität sind Dura und Pia mit der Oberfläche des linken Stirnhirns in seinen vorderen drei Vierteln etwa fest verwachsen und verdickt. Der Fuß der dritten Stirnwindung ist — jedenfalls im oberen Teil — auch ergriffen. Die dahinter gelegenen Partien und die Basis sind frei. Im Gebiete des Krankheitsherdes Rinde wie geschwollen, von glasigem Ansehen, durchsetzt an mehreren Stellen von weiß- und gelb-grauen Knötchen, die in Haufen zusammenstehen. Konsistenz der erkrankten Hirnpartie eigentümlich schwappend.

Auf dem Durchschnitt ist die Zeichnung erhalten, doch ist die Rinde etwas verwaschen, das Mark schmutzig gelblich weit hinein in das Centrum semiovale und wie porös und siebartig zerfallen. Die ganze linke Hemisphäre, am meisten im Stirnteil, ist auffallend verbreitert gegenüber der rechten, die wie komprimiert erscheint, sieht wie geschwollen aus. In der Rinde und angrenzendem Mark sitzen mehrere bis zu ein Markstück große rundliche Herde von grauer Farbe, die sich etwas über die Umgebung erheben und von opaken Flecken durchsetzt sind. Rückenmark makroskopisch ohne Besonderheiten, Körper: linksseitige Pleuropneumonie, nirgends tuberkulöse Veränderungen.

Mikroskopisch wurde die makroskopische Diagnose: Tuberkel bestätigt.

Die großen Herde sind aus zahlreichen, mehr weniger verkästen Tuberkeln mit vielen Riesenzellen zusammengesetzt.

Die Marksubstanz (Stirnhirn) erweist sich mit Marchi ausgedehnt degeneriert (Körnchenzellen, diffuse Schwarztupfelung), enthält viele große Gliazellen. Soweit sich nach der allerdings noch nicht ganz abgeschlossenen mikroskopischen Untersuchung sagen läßt, scheint die ganze Hirnrinde diffus verändert zu sein. —

Der Fall ist einmal interessant durch das klinische Bild, das anfangs völlig und auch später in der Hauptsache einer genuinen Epilepsie mit schweren psychischen Erscheinungen (Stupor und Verwirrheitszustände, die schließlich in der Form eines „psychischen Status“ (Weber) zum Tode führten) glich.

Den Verdacht auf Tumor cerebri erweckten der Beginn der epileptischen Anfälle erst im 28. Lebensjahre, die sehr starken Kopfschmerzen, später die Störungen im Facialis und der Sprache, die aber keineswegs eine genuine Epilepsie ausschlossen, und vor allem die, einmal konstatierte, beginnende Stauungspapille. Doch schwand diese später wieder, und man muß auch bedenken, daß Hyperämie der Papille bei Epileptikern öfter beobachtet ist. Dann sind Tuberkel, speziell in solcher Form, im Stirnhirn nur selten gefunden.

Nonne-Hamburg: Ein 12jähriger Knabe litt seit 18 Monaten an anfallsweisen Dämmerzuständen epileptischen Charakters, seit sechs Monaten an Anfällen von echt epileptischem Charakter: seine Intelligenz nahm in der letzten Zeit ab, und sein Charakter zeigte eine Veränderung wie bei Epileptikern. N. fand bei der ersten Untersuchung doppelseitige Stauungspapille, sonst keine somatischen Symp-

tome. Im Eppendorfer Krankenhaus wurden dann noch zwei echt epileptische Anfälle beobachtet. Im Anschluß an eine Spinalpunktion starb der Kranke akut. Bei der Sektion fand sich ein hartes Gliom, welches den rechten Thalamus opticus größtenteils einnahm und frei in den rechten Seitenventrikel hineinragte.

Meyer-Kiel: Bei dem von ihm demonstrierten Falle, der dem von *Nonne* mitgeteilten sonst sehr ähnelt, war die Diagnose dadurch besonders erschwert, daß eigentliche Stauungspapille nie, und nur vorübergehend Andeutung davon vorhanden war.

Nach der Sitzung demonstrierte noch *Nonne*-Hamburg Präparate, die nach der neuen Fränkelschen Markscheidenfärbung hergestellt sind (vgl. Neurol. Zentralbl. 1903, No. 16).

Nachmittags 3½ Uhr fand eine Besichtigung der psychiatrischen und Nervenklunik zu Kiel statt, nachdem Professor *Siemerling*-Kiel vorher Präparate mit dem Epidiaskop (Zeiß) demonstriert hatte.

Abends 6 Uhr vereinigte ein Essen im Hotel „Bellevue“ die Mitglieder des Vereins mit verschiedenen Vertretern der medizinischen Kreise Kiels, die sich auch in lebenswürdigster Weise an der Versammlung beteiligt hatten.

E. Meyer-Kiel.

Bericht über die Konferenz der Trinkerheilstätte in Berlin.

Die vierte Konferenz der Trinkerheilanstalten des Deutschen Sprachgebietes fand am 20. Oktober im Anschluß an die 20. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke im Reichstagsgebäude zu Berlin statt. Die stattliche Versammlung, welche den geräumigen Sitzungssaal füllte, bewies, daß das Interesse für die Sache bisher noch nicht erloschen ist trotz aller Gegenströmungen, trotz der Indolenz, welche den diesbezüglichen Bestrebungen zuteil wird.

Nach den Begrüßungsworten des Vorsitzenden, Oberregierungsrat *Falch*-Stuttgart gelangte der vorliegende Satzungsentwurf zur Durchberatung und Annahme; damit wurde die Konstituierung des „Verbandes der Trinkerheilstätten des Deutschen Sprachgebietes“ besiegelt. Die Zwecke und Ziele dieses neuen Verbandes richten sich in erster Linie auf eine einheitliche Unterbringung, Behandlung und Beurteilung der Alkoholkranken; es sollen allgemein gültige Grundsätze festgelegt, gesetzliche Maßnahmen vorbereitet, kurz, die Ausgestaltung einer rationellen Trinkerfürsorge nach außen und innen herbeigeführt werden. Trotzdem die Bewegung verschiedene Jahrzehnte alt, steckt die Trinkerfürsorge noch arg in den Kinderschuhen. Immerhin steht zu hoffen, daß durch den Aufschwung, den die Alkoholfrage gerade in den letzten Jahren genommen, eine Klärung der Ver-

hältnisse in nächster Zeit wird herbeigeführt werden. Sowohl die breiteren Schichten der Bevölkerung als auch die Behörden beginnen, den Ernst der Lage zu erkennen und so auch der Trinkerbehandlung ihr Interesse zuzuwenden. Dies ist erforderlich, um gesetzliche Maßnahmen zu bekommen, ohne die alle Arbeit zur Verallgemeinerung einer geregelten Trinkerfürsorge vergeblich wäre. Auch die heutige Versammlung läßt durch das von ihr gebotene Material erkennen, was der Verband zu erstreben gewillt ist. Schon auf der vorjährigen Versammlung in Stuttgart wurde der Vorstand gelegentlich der damals von *Dr. Waldschmidt* gemachten Ausführungen über das Thema: „weshalb ist ein Trinkerfürsorgegesetz nötig und welche Bestimmungen muß es enthalten?“ beauftragt, ein solches Gesetz auszuarbeiten zu lassen. In Konsequenz dieses Beschlusses war Stadtrat *Kappelman*-Erfurt um die Ausarbeitung eines dementsprechenden Gesetzentwurfes ersucht. Ein solcher wurde nunmehr vorgelegt und eingehend begründet (der Vortrag wird in der Zeitschrift „Der Alkoholismus“ veröffentlicht). In § 1 seiner „Entwürfe“ zu einem „Reichsgesetz betreffend die Fürsorge für Trunksüchtige“ erkennt *Kappelman* die Notwendigkeit zur Errichtung von Trinkerheil- und Bewahranstalten (Trinkerasylen) an; dieselbe sei im Wege der Landesgesetzgebung anzuordnen. Ob und unter welchen Bedingungen auch Privatanstalten für Trunksüchtige gestattet werden, soll der Landesgesetzgebung ebenfalls vorbehalten bleiben. Die Unterbringung solcher Kranken in Spezialanstalten denkt sich Referent: a) freiwillig, b) zwangsweise (dies entweder nach erfolgter Entmündigung oder ohne solche infolge Gerichtsbeschlusses oder aber auf Grund eines Strafurteils). Wer sich freiwillig in eine Trinkerheilanstalt begibt, soll nach § 1910 usw. BGB. (Einsetzung einer Pflegschaft bei körperlichen Gebrechen usw.) auf seinen Antrag einen Pfleger erhalten. Die Anstaltsleitung soll nach *Kappelman* alsdann befugt sein, den Trunksüchtigen auch gegen seinen Willen zurückzuhalten und zwar auf die Dauer bis zu 2 Jahren, sofern der Kranke bzw. sein gesetzlicher Vertreter „vor, bei oder nach seinem Eintritt“ sich diesem Zwange ausdrücklich unterworfen hat. Die zwangsweise Unterbringung der nach § 6, 3 BGB. Entmündigten kann von Amts wegen oder auf Antrag veranlaßt werden. Zu einem solchen Antrage soll in allen Fällen die Staatsanwaltschaft und die Ortspolizeibehörde berechtigt sein. Zwangsweise Unterbringung ohne Entmündigung soll angewendet werden bei Personen, die hinsichtlich ihres Verhaltens einer der Voraussetzungen des § 6, 3 BGB. entsprechen; ferner solche, die durch ihr Verhalten in der Trunksucht öffentliches Ärgernis erregen, sofern Trunksucht bei ihnen vorliegt; und endlich diejenigen, welche infolge von Trunksucht geisteskrank oder geistesschwach in eine Irrenanstalt aufgenommen, aus derselben als gebessert oder geheilt entlassen worden sind, ohne indeß die genügende Selbstbeherrschung und Widerstandsfähigkeit gegen die Trunksucht zu besitzen. Das gleiche gilt für solche Personen, bei denen der § 681 CPO. (Aussetzen des Entmündigungsbeschlusses, sofern Aussicht auf Besserung besteht) in Anwendung kommt. Während antragsberechtigt in

allen Fällen die zur Stellung eines Entmündigungsantrages Berechtigten, außerdem, wie schon erwähnt, die Staatsanwaltschaft und die Ortspolizeibehörde sein sollen, wird diese Berechtigung in dem Falle, wo es sich um aus Irrenanstalten entlassenen Kranken (siehe oben) handelt, auch auf die Anstaltsleitung ausgedehnt. Zur zwangsweisen Unterbringung eines Alkoholkranken soll ein amtsärztliches Gutachten erforderlich sein bezw. im Falle der Verbringung aus einer Irrenanstalt das Gutachten des betreffenden Anstaltsleiters genügen. Es ist diese Bestimmung wie auch die vorgeschlagene Verwarnung vor der zwangsweisen Unterbringung in eine Anstalt den Schweizer Gesetzentwürfen entnommen. Die Verwarnung, welche von dem zuständigen Gericht, der Gemeinde- oder Polizeibehörde vorgenommen werden kann, hat eine Besserungsfrist von 3 bis 6 Monaten vorgesehen. Nach Ablauf dieser Frist hat das Gericht eine amtliche Äußerung der Gemeinde- oder Ortspolizeibehörde darüber einzuholen, ob die gedachte Besserung eingetreten ist oder nicht.

Die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit wird durch die zwangsweise Unterbringung nur insoweit bestimmt, als es der Zweck dieser Verbringung erfordert. Die Dauer derselben, wobei sogleich angegeben werden soll, ob sie zu Heilzwecken oder aber zur Pflege angeordnet wird, soll mindestens ein Jahr betragen, aber die Dauer von 2 Jahren für gewöhnlich nicht übersteigen. Die Verlängerung der Anstaltsdauer soll einem erneuten Gerichtsbeschlusse vorbehalten bleiben, auf Grund eines Gutachtens des ärztlichen Anstaltsleiters. Sollte dagegen eine vorzeitige Entlassung erwünscht erscheinen, so ist diese nur auf behördliche Verfügung möglich. Aufnahme und Entlassung sollen nach *Kappelmanns* Vorschlag durchweg denjenigen Behörden angezeigt werden, denen auch die Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken mitzuteilen ist; man wird überhaupt manche Anklänge in dem vorliegenden Entwurfe an die Unterbringung Geisteskranker finden; so auch hinsichtlich Kosten, Bau, Einrichtung und Überwachung der Anstalten. Betreffs der Zwangsunterbringung durch Strafurteil sagt Referent: „wer im trunkenen Zustande ein Verbrechen oder ein Vergehen wie Widerstand gegen die Staatsgewalt, Landfriedensbruch, Gotteslästerung, Sittlichkeitsvergehen, gefährliche oder gemeinschaftliche Körperverletzung, Sachbeschädigung begeht und deswegen bestraft oder, wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit infolge trunkenen Zustandes bei Begehen der Tat freigesprochen wird, kann durch Urteil des erkennenden Gerichts auch neben der etwa verhängten Strafe zur Heilung oder Besserung einer gemäß § 1 errichteten Anstalt auf die Dauer einer im Urteil zu bestimmenden Zeit, die bei Überweisung zur Heilung zwei Jahr nicht übersteigen darf, überwiesen werden“.

Das sind im wesentlichen die Grundzüge der *Kappelmanns*chen Gesetzentwürfe, man kann ihnen im großen ganzen wohl beipflichten. Da es unmöglich schien, einen solchen Entwurf in allen Einzelheiten in einer öffentlichen Versammlung durchzuberaten, wurde — um nicht etwa uferlose Debatten heraufzubeschwören, beschlossen, den Vorstand zu ermächtigen, unter Zu-

ziehung von Sachverständigen diese Arbeit zu übernehmen, um alsdann höheren Orts dementsprechend vorstellig zu werden.

Den fernerer Punkt der Tagesordnung „Arbeiterkolonien und Trinkerheilstätten“ suchten Pfarrer *Neumann-Mündt* und Pfarrer *Fiesel-Kästorf* bestens durch beachtenswerte Referate zu erledigen. *Neumann* bewies an Hand einiger Beispiele wie nahe die Insassen der Arbeiterkolonien mit denen der Trinkerheilstätten verwandt sind; mindestens 90 % aller Kolonisten seien Trinker. Infolgedessen sei das Hauptaugenmerk darauf zu richten, die Kolonien auch abstinenz zu halten. Dies sei aber durchaus nicht der Fall, und auch da, wo man eine Enthaltensamkeit von allen geistigen Getränken durchzuführen bestrebt sei, käme es doch vor, daß an hohen Festtagen Alkohol gegeben werde, um so an einem Tage das in Frage zu stellen, was man im Laufe von Monaten mühsam aufzubauen versucht habe. Referent meint: „wenn erst einmal die Gesetzgebung ein Arbeitsrecht geschaffen hat, welches jenen, die arbeiten wollen, die Möglichkeit dauernden Erwerbes sichert, wird zum Teil die Vagabundennot gehoben sein“. Im übrigen resumierte er sich dahin: „wir finden hier (bei den Arbeiterkolonien) dieselben Heilfaktoren wie in den meisten Trinkerheilanstalten: die Anleitung zu einem arbeitsamen Leben in strenger Ordnung auf ethisch-religiöser Grundlage. Kommt hierzu noch der dritte Faktor wie in den Trinkerheilanstalten: abstinente Leitung und Anleitung, dann werden die Arbeiterkolonien als wirkliche Trinkerheilanstalten wirkliche dauernde Erfolge haben, das Geschlecht der Kolonienläufer wird dann auf den Aussterbeetat kommen“.

Fiesel tritt in seinem Korreferat grundsätzlich ebenfalls für die Abstinenz in den Arbeiterkolonien ein, glaubt aber nicht, daß eine strikte Durchführung möglich sei; im übrigen gebe er zu bedenken, daß doch längst nicht alle Kolonisten auch zugleich Trunksüchtige wären, sondern daß in manchen Fällen ganz andere Motive wie der Alkohol in die Kolonie führten. *Fiesel* ist ein Mann der Praxis und aus rein praktischen Gründen kommt er zu dem Schluß, daß es nicht rätlich ist, Arbeiterkolonien mit Trinkerheilanstalten zu vereinen, so gern er ihre Wechselbeziehungen anerkennt.

In der nachfolgenden sehr lebhaften Diskussion tritt Pfarrer *Diestelkamp-Berlin* im wesentlichen Pfarrer *Fiesels* Ausführungen bei; Dr. *Waldschmidt* wendet sich mit aller Unterschiedenheit dagegen, die Arbeiterkolonien mit den Trinkerheilstätten verwickeln zu wollen; Trunksüchtige oder Alkoholkranke gehörten nicht in Arbeiterkolonien, sondern in Heilstätten behufs rationeller Heilbehandlung. Äußerungen, wie hier laut geworden, seien nur imstande, die ganze Heilstättenfrage zu gefährden. Dagegen sei die möglichste Durchführung der Abstinenz in den Kolonien durchaus zu befürworten.

Pfarrer *Veerhof-Bielefeld* wendet sich gegen die Einwände des letzteren, indem er meint durch die Bielefelder Anstalten den Beweis liefern zu können, daß Trinkerheilstätte und Arbeiterkolonie sehr wohl neben- und miteinander möglich seien. Im übrigen erkannten alle Redner an, daß die Abstinenz für die Kolonien nur vorteilhaft sein könne; es wurde infolgedessen auch eine

Resolution folgenden Inhalts angenommen: „die IV. Konferenz der Trinkerheilanstalten des Deutschen Sprachgebietes betrachtet die Arbeiterkolonien als wirksame Mitarbeiter im Kampfe gegen die Trunksucht und ersucht um möglichste Einführung der Abstinenz für Leitung und Angestellte der Anstalt und die Kolonisten, sowie besonders um den Anschluß an Enthaltensamkeitsvereine und die Bekanntmachung mit der Enthaltensamkeitsliteratur.“

Bei der nachfolgenden Vorstandswahl wurde Oberregierungsrat *Falch-Stuttgart* als Vorsitzender, Dr. *Waldschmidt-Charlottenburg* als stellvertretender Vorsitzender, Pastor *Kruse-Lintorf* als Schriftführer, sowie Dr. *Meinert-Dresden* und Pfarrer *Neumann-Mündt* gewählt. — Es wird sodann die Zeitschrift „Der Alkoholismus“ zum offiziellen Organ des Verbands proklamiert.

Im Anschluß an diese nach jeder Richtung günstig verlaufene Sitzung wurde ein gemeinschaftlicher Ausflug nach Fürstenwalde zum Besuch der Heilstätte „Waldfrieden“ gemacht; der Besuch befriedigte durch die hübsche Lage der Anstalt sowie auch hinsichtlich der daselbst getroffenen Einrichtungen alle Teilnehmer in hohem Maße. *Waldschmidt.*

Literatur.

Physiologische und klinische Untersuchungen über das Gehirn. Gesammelte Abhandlungen von Dr. *Eduard Hitzig*, Geh. Med.-Rat, ordentlicher Professor der Medizin an der Universität Halle. Mit 1 Tafel und 320 Abbildungen im Text. Berlin 1904. Verlag von Aug. Hirschwald.

Der stattliche Band von über 1000 Seiten enthält das große Lebenswerk *Hitzigs*. Er umfaßt indessen nicht seine sämtlichen Arbeiten, sondern nur diejenigen, welche sich auf das Gehirn beziehen, mit Ausnahme seiner Monographie über den „Schwindel“.

Die Persönlichkeit des Verfassers, seine Stellung in der wissenschaftlichen Welt und nicht zum mindesten der Gegenstand dieser Abhandlungen, welcher an die höchsten Fragen menschlichen Naturerkennens heranreicht, verleiht dem Buche eine weit über die gewöhnlichen Erscheinungen unserer medizinischen Literatur hervorragende Bedeutung. Es handelt sich um das jetzt zum Abschluß gebrachte, über ein Menschenalter fortgesetzte Werk des Forschers, in dem die medizinische und die gesamte biologische Wissenschaft den Entdecker der elektrischen Erregbarkeit des Gehirns und den Begründer der Lehre von der Hirnlokalisation verehrt.

Für die Beurteilung dieser umfassenden Lebensarbeit ist es wichtig, aus dem Vorworte zu erfahren, daß *H.* von seinem ursprünglich beabsichtigten Plane zum Ausbau seiner Studien über die Funktionen des Gehirns durch äußere Verhältnisse, besonders auch durch viele Anfeindungen seiner Lehre abgedrängt und zu experimentellen und literarischen Arbeiten genötigt wurde, welche seinem Programm und seinen Neigungen fern lagen und ihm dadurch „einen unersetzlichen Aufwand an Zeit und Mühe“ verursachten. Er meint damit seine Experimentalarbeiten und Streitschriften, welche sich gegen *Ferrier*, *Goltz*, *Munk* u. a. richten. Trotzdem erkennt er an, daß der Kampf zur Findung der Wahrheit unentbehrlich ist, und in diesem Sinne kämpft auch er gegen die falschen Lehren und Theorien, welche bereits in die Lehrbücher und in die Vorstellungskreise der meisten übergegangen, jedem Fortschritte in der Erkenntnis der Hirnmechanik aber hinderlich sind. „Unbesiegt von meinen Gegnern, besiegt von dem allgewaltigen Schicksal, das mich der Seh-

kraft bereits fast gänzlich beraubte, lege ich jetzt das Messer, die Feder und das Schwert aus der Hand, in der Absicht, sie nicht wieder aufzunehmen. — — — Weder die Beurteilung des Wertes meiner eigenen Arbeiten noch die endliche Findung der Wahrheit hängt von dem Willen des Einzelnen ab: diese Untersuchungen werden wiederholt werden und das Endergebnis ist mir nicht zweifelhaft.“

Mit diesen, den eigenen Worten des Autors am Schlusse seiner Vorrede, ist in großen Zügen eine Situation gekennzeichnet, welche — abgesehen von dem persönlichen Bedauern über das schwere Geschick des fast erblindeten Forschers — von der wissenschaftlichen Mitwelt nur allgemein bedauert werden kann. Derjenige, welcher eine neue Epoche der Gehirnforschung und die für die menschliche Neuropathologie weittragendsten Untersuchungen inaugurierte, welcher in dem von ihm selbst entfachten Kampfe über 30 Jahre hindurch allen Gegnern stand gehalten hat, verläßt, unbesiegt zwar, aber nicht als Sieger auf dem ganzen Felde den Kampfplatz. So groß auch die Freude und die bewundernde Anerkennung der Anhänger *Hitzigs* über das vor uns liegende Monumentalwerk sein muß, so sicher auch seine Gegner ihm keine Anerkennung versagen werden: immer noch stehen Fragen zur Diskussion, welche für die Allgemeinheit noch nicht definitiv gelöst sind, welche er z. T. schon gelöst hat, z. T. aber zu lösen berufen war. Zahlreiche Irrtümer, welche fast schon als Dogmen gelten, hat er in den Abhandlungen dieses Buches richtig gestellt. Wann wird sie die Allgemeinheit richtig stellen? Was aber hätte er an neuen, gesicherten Wahrheiten uns noch schenken können, wenn er nicht unfreiwillig das Messer aus der Hand gelegt hätte! Denn noch sind die Tatsachen der Gehirnphysiologie, soweit sie auf vivisektorischem Wege zu gewinnen sind, nicht alle festgestellt, was *Loeb* annehmen zu dürfen glaubte. „Mir wenigstens“, sagt *Hitzig*, „stellt das Gehirn noch heute so viele dem Forschungsmittel der Vivisektion zugängliche Fragen, daß ich glücklich wäre, wenn mir ein ferneres Menschenalter zu deren Lösung offen stünde.“

So werden denn die gesammelten Abhandlungen *Hitzigs*, wenn auch seine Hauptergebnisse längst ein gesicherter Besitz der Wissenschaft sind, nicht nur uns, sondern auch die nächste Generation beschäftigen müssen. Sie enthalten noch so viele unbekannte oder nicht anerkannte wichtige Tatsachen, daß sie sich nicht totsicheren lassen. Sie bilden noch heute und auch für die nächste Zukunft die Basis, auf der, von physiologischer Seite wenigstens, die Lehre von den Gehirnfunktionen weiter aufgebaut werden muß.

Das Buch zerfällt in zwei Teile, deren erster eine zweite vermehrte Auflage von *Hitzigs* „Untersuchungen über das Gehirn“ darstellt, welche 1874 in erster Auflage erschienen waren. Es ist bemerkenswert, daß die darin enthaltenen Aufsätze, welche z. T. schon vor mehr als 30 Jahren niedergeschrieben sind, so gut wie gar keiner Abänderung im Sinne neuerer Anschauungen über denselben Gegenstand bedurften. Nur eine kleine Zahl knapper Anmerkungen, mehr polemischen als korrigierenden Inhalts, ist bei-

gegeben. Hier zeigt sich schon die ganze Eigenart *Hitzigscher* Schaffensweise: jede Beobachtung scharf, jeder Schluß streng logisch, jeder Satz genau durchdacht und inhaltsschwer, eine für den Physiologen ganz besonders glückliche Begabung. Manchem ist es nicht gegeben, die mit solchen Mitteln erzielten Resultate zu würdigen oder nachzuprüfen, gleiche Bedingungen zu schaffen. Daher rühren z. T. die vielen Mißverständnisse, Anfeindungen und spekulativen Ausbeutungen, welche diese heute noch unübertroffenen Experimentaluntersuchungen erfuhren.

Dieser 1. Teil setzt sich zusammen aus 21 verschiedenen Abhandlungen, welche größtenteils der Lokalisation im Großhirn, zu einem kleineren Teil anderen physiologischen und pathologischen Fragen gewidmet sind. Schon in der I. Abhandlung gibt *H.* eine einleitende Übersicht über seine lokalisationistische Auffassung der Gehirnrinde. Dann folgt die s. Z. mit *Fritsch* zusammen publizierte Originalarbeit „Über die elektrische Erregbarkeit des Großhirns“, welche damit eine ganz neue, von den bedeutendsten Physiologen geleugnerte Tatsache in die Physiologie einreichte, gleichzeitig aber als wertvollste Errungenschaft das Fundament zur heutigen Gehirnlokalisation legte mit dem Schlußsatze, „daß . . . einzelne seelische Funktionen, wahrscheinlich alle, zu ihrem Eintritt in die Materie oder zur Entstehung aus derselben auf circumscripste Centra der Großhirnrinde angewiesen sind.“ Die wichtigsten motorischen Zentren am Hundegehirn wurden hier bereits festgestellt.

In der dritten Abhandlung werden die bisherigen Befunde erweitert, die Zentren genauer definiert und die Einflüsse der verschiedenen Pole und Narcotica, sowie der Apnoë auf die Rindenerregbarkeit studiert. Die daran geknüpften Reflexionen müssen jeden Leser mit Bewunderung erfüllen. Mit der größten Reserve vermeidet es *H.*, außer den zwingenden noch allgemeine Schlüsse aus seinen Resultaten zu ziehen; er wollte zunächst nur diejenigen elementaren Tatsachen feststellen, welche nach einem von ihm zitierten Ausspruche *Fechners* zur Begründung von Elementargesetzen zwischen Körper und Geisteswelt erforderlich sind.

Der IV. Abhandlung („Über Produktion von Epilepsie durch experimentelle Verletzung der Hirnrinde“) kommt wieder eine ganz besondere historische Bedeutung zu: es wird darin zum ersten Male der Nachweis der kortikalen Entstehung epileptischer Anfälle geführt. Welchen Nutzen die Theorie und Praxis aus dieser Entdeckung gezogen hat, das braucht hier nur angedeutet zu werden. Es sind damit die in den ersten siebenziger Jahren gemachten Erfahrungen *Hitzigs* als Tatsachen aufgestellt, welche seitdem von zahlreichen anderen Forschern erweitert und ausgebaut wurden, aber immer noch nicht zu einem einheitlichen und abschließenden Urteil über den Entstehungsort der epileptischen Krämpfe, speziell über die Frage der infrakortikalen, medullären Krampfszentren geführt haben. In einem Anhang findet sich ein kurzer Aufsatz „Zur Geschichte der Epilepsie“ aus dem Jahre 1897, in welchem *Hitzigs* Anteil an der Epilepsiefrage gegenüber dem Referat *Unverrichts* auf dem Kongresse für innere Medizin 1897 gewahrt wird.

Die nächste Abhandlung befaßt sich mit leider bisher wenig beachteten „Lähmungsversuchen am Großhirn“ und ihrer Methodik. Die zuerst beschriebenen fünf Lähmungsversuche am Stirnhirn des Hundes ergaben nicht die geringste Funktionsstörung und damit eine wichtige Bestätigung der schon in der ersten Arbeit mittels der Reizversuche fundamentierten Lokalisation im Großhirn, einem Organ, welches man „noch vor kurzem kaum als ein Objekt für die Forschung anerkennen wollte.“ Schon sehr früh hat also *H.* Reiz- und Lähmungsversuche kombiniert und im Gegensatz zu anderen nur das als gesicherten Besitz betrachtet, was sich aus beiden Methoden als kongruent ergab. Die darauf systematisch am vorderen Schenkel des Gyrus sigmoides (Grenzgegend der motorischen Rinde) vorgenommenen neun Lähmungsversuche führten zu dem Resultat, daß dieser Gegend beim Hunde keine motorische Bedeutung im Sinne von Rindenzentren zukommt, damit also zu einer weiteren Grenzdefinition der letzteren. An den hier festgestellten Tatsachen hält *H.* auch heute noch fest, obwohl *Munk* entgegengesetzte Ansichten geäußert (aber nicht begründet) hat. *H.* betont immer, auch in den folgenden polemischen Arbeiten, daß es auf die feinsten Einzelheiten der Methodik ankommt und daß man bei jeder Nachprüfung seiner Versuche darauf zu achten hat, nicht nur: was man zerstört und was man sieht, sondern auch: wie man zerstört und wann man sieht. Nur so entstehen vergleichbare Größen. „Die Methode schafft die Resultate.“

Vorzugsweise die Differenzen der Methodik bei den verschiedenen Nachuntersuchern waren es auch, welchen die stark polemischen Abhandlungen VI, IX und X gegen *Ferrier*, *Hermann*, *Braun*, *Carville & Duret*, sowie gegen *Goltz* ihre Entstehung verdanken. Doch enthalten sie auch eine Menge Tatsächliches, sowohl Kritisches wie Experimentelles zur Physiologie des Großhirns. In all diesen Kämpfen ist die Entscheidung längst gefallen und zwar in allen wichtigen Punkten zugunsten *Hitzigs*. Da wo seine Gegner Recht haben, läßt *H.* ihnen auch Gerechtigkeit widerfahren. Eine glänzende Verteidigung enthält speziell die Abhandlung IX und X gegen die Angriffe, welche erst *L. Hermann* und bald darauf *Goltz* gegen die Lokalisationslehre erhoben hatten. Treffender und wirksamer läßt sich eine Widerlegung gar nicht denken. Wie es danach von manchen Seiten noch möglich war, einem anderen, nämlich *Munk*, das Verdienst der Verteidigung der Lokalisationslehre gegen *Goltz* zuzuschreiben, bleibt unerfindlich. Schon in den Jahren 1875 und 1876 also hatte *H.* selbst diese Verteidigung übernommen, sachgemäßer als irgend ein Anderer, und lange bevor *Munk* überhaupt das Messer zur Hand genommen hatte. Dies sei ausdrücklich hier hervorgehoben. —

Mancher möchte vielleicht geneigt sein, diesen Kontroversen *Hitzigs* eine nur persönliche Bedeutung und rein persönliche Motive beizumessen. Das wäre indessen ein großer Irrtum. Der aufmerksame Leser wird an diesen Kampfschriften seine Freude haben nicht nur wegen der Schärfe der Dialektik und der unerbitterlichen Logik, sondern auch, weil sie die Lehre von der Gehirnlokalisation, eine Dank *H.* von Hause aus deutsche Errungenschaft,

ganz bedeutend gefördert haben und einen wertvollen Beitrag zur Geschichte der Hirnphysiologie darstellen. Wir wären heute nicht da, wo wir sind, wenn *H.* zu allen Angriffen auf seine Lehre geschwiegen hätte. Sicherlich war es auch die manchmal ätzende Schärfe seiner Kritik, die ihm manche Anfeindung brachte. Seine Art des Kampfes wird man aber verstehen, wenn man sieht, wie er dazu herausgefordert wurde; ein Mann, der gewohnt ist, für sich scharf zu denken, muß aus seinem ganzen Wesen heraus dazu gedrängt werden, auch über Andere scharf zu urteilen.

Schon sehr früh hatte *H.* mit dazu beigetragen, durch die Verwertung pathologischer Beobachtungen am Menschen die Lokalisationslehre zu fördern. Das beweist die (VII. Abhandlung) Mitteilung eines eigenen interessanten Falles von Abszess der Hirnrinde aus dem Kriege 1870/71. Hierher gehören auch die klinischen Beiträge zur Hirnchirurgie (Abhandlungen XIII, XIV und XV.) aus späteren Jahren, in denen mehrere glücklich operierte Hirntumoren und einige äußerst lehrreiche „hirschirurgische Mißerfolge“ besprochen werden. Die Bedeutung pathologischer Beobachtungen am Menschen kommt auch schon (1874) in der sehr wichtigen Abhandlung VIII „über äquivalente Regionen am Gehirn des Hundes, des Affen und des Menschen“ zur Geltung. Bereits nach seiner ersten Vivisektion am Affen spricht er hier den später so viel umstrittenen Satz aus, daß die vordere Zentralwindung die eigentliche motorische Partie der Hirnrinde ist, in der fast sämtliche Körpermuskeln zusammengefaßt sind. Wie sehr er damit recht behalten hat, lehrt u. a. auch die eben im Entstehen begriffene Methode der histologischen Rindenlokalisation (Cyto-Architektonik der Gehirnrinde nach *Betz*, *Schlapp*, *Brodman* etc.) Wie sehr seine Gegner, besonders der Hauptgegner *Munk*, im Unrecht waren und Täuschungen unterlagen, wird in einer ausführlichen Anmerkung besprochen, in der *H.* einen historischen Rückblick über diese Frage gibt und neuerdings seinen Standpunkt nochmals präzisiert.

In den Abhandlungen XI und XII aus den Jahren 1883 und 1886 erörtert *H.* in übersichtlicher Weise einige Spezialfragen der Großhirnphysiologie, wobei er sich gegen die ihm gemachten Einwände von *Schiff* und von *Gudden*, sowie gegen *Munks* Versuchsergebnisse am Stirnhirn wendet.

Der Aufsatz XVI beschreibt das von *H.* angegebene „Kinesiästhesiometer“, und enthält sehr beachtenswerte Bemerkungen über den „Muskel-sinn“ und den Nachweis der Unrichtigkeit der *Leydenschen* Hypothese vom Kraftsinn; wichtige Tatsachen und Gedanken über den Liquor cerebrospinalis und den Hirndruck finden sich auch in dem nächsten Aufsatz „über den Ort der extraventrikulären Cerebralflüssigkeit“.

Es folgt dann die große XVIII. Abhandlung „über die beim Galvanisieren des Kopfes entstehenden Störungen der Muskelinnervation und der Vorstellungen vom Verhalten im Raume“. Eine Menge neuer Tatsachen ist hier zusammengetragen; *H.* analysiert den galvanischen Schwindel, entdeckt den galvanischen Nystagmus, erweitert die

früheren *Brennerschen* Angaben und weist als erster auf die Gesetzmäßigkeit der betreffenden Erscheinungen hin. Durch geistreiche psychophysiologische Erörterungen wird das Ganze zu einer der schönsten Arbeiten des Buches abgerundet, welcher zahlreiche Hinweise in den neu beigegebenen Anmerkungen die Aktualität sichern. Die „Untersuchungen zur Physiologie des Kleinhirns“ (XIX) stehen in naher Beziehung zu den vorigen.

Den Schluß des I. Teiles bilden zwei Abhandlungen „über die Auffassung einiger Anomalien der Muskelinnervation“. Es handelt sich im wesentlichen um die hemiplegische Kontraktur und um die *Facialis*-Kontraktur nach peripherer *Facialis*-Lähmung. Die Bedeutung dieser Arbeiten, welche interessante Einzelheiten der Beobachtung enthalten, für die Pathologie speziell der cerebralen Lähmungen ist viel unterschätzt worden. Auf sie sei daher mit besonderem Nachdrucke hingewiesen. In einem neu redigierten Anhang hierzu („Über das Wesen und die Entstehung der hemiplegischen Kontraktur“) diskutiert *H.* die abweichende Hypothese *Manns* und die der seinigen ähnliche Theorie v. *Monakows*.

Der II. Teil des Buches enthält „alte und neue Untersuchungen über das Gehirn“, welche *H.* in den Jahren 1883—1903 mit unfreiwilligen, vielen und langen Unterbrechungen angestellt, aber erst in den letzten drei Jahren zusammengefaßt und im „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ publiziert hatte. Hier wird ein enormes Arbeitsmaterial kritischer und experimenteller Art zusammengetragen, um die in den letzten zwei Decennien aufgeworfenen, weiteren Lokalisationsfragen zu entscheiden, hier konzentriert sich auch hauptsächlich der Kampf gegen den Hauptgegner *Munk*. Diese Abhandlungen sind es insbesondere, welche die kommende Generation als Grundlage für die definitive Klarstellung der heute noch strittigen Ergebnisse der hirnphysiologischen Forschung anzusehen haben wird. Es ist nicht möglich, diesen über 600 Seiten einnehmenden inhaltsreichen Arbeiten auch nur annähernd in einem Referate gerecht zu werden, was den dargebotenen Stoff betrifft. Noch viel weniger kann eine kritische Würdigung derselben Aufgabe dieses Referats sein. Es möge daher genügen, deren Inhalt ungefähr anzudeuten.

Der I. Abschnitt behandelt die die „nach Verletzungen des Hinterhirns eintretenden Störungen der Bewegung und Empfindung“. Gegenüber *Munk* hält *H.* an der Möglichkeit so bedingter Störungen fest, und seine Beweisführung dürfte für alle Zeiten unangreifbar sein; auch bekämpft er mit schwerwiegenden Einwänden die offenbar völlig unhaltbare Theorie *Munks* von den „Großhirnrindenreflexen“.

In dem II. Aufsätze „Der Versuch *Loebs*“ wird der Angriff, den dieser *Goltzsche* Schüler auf die Lokalisationslehre unternahm, glatt abgeschlagen und nachgewiesen, daß seine Voraussetzungen wie seine Schlußfolgerungen voreilig und irrtümlich waren.

„Historisches, Kritisches und Experimentelles über Methoden und Theorien der Großhirnforschung“ nennt sich eine weitere

große Abhandlung, in welcher die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Lehre von den Hirnfunktionen überaus fesselnd dargelegt wird. Die Abhandlung zerfällt in vier Abschnitte: 1. Über Operationsmethoden. 2. Über Untersuchungsmethoden. 3. Theorien. 4. Schlußbetrachtungen. Verf. zeigt, daß die wissenschaftlichen Differenzen zwischen ihm und *Goltz* und die viele Jahre hindurch wichtigste Gegnerschaft der Lokalisationslehre, nämlich eben die *Goltzsche*, zum großen Teil von den diametral entgegengesetzten Prinzipien herrührten, von welchen beide Forscher bei ihren Operationsmethoden ausgingen. Auf klarste wird uns vor Augen geführt, wo die Gründe der Verschiedenheit der Resultate zu suchen sind und wie *Goltz* schließlich nach vielen „Umwegen“ eine Gehirnlokalisation im großen ganzen anerkannte. *Loebs* Operations- und Untersuchungsmethoden, welche zu dem absurden Ergebnisse gelangten, daß im Gebiete der Gehirnphysiologie völlige Gesetzlosigkeit herrsche, werden von neuen Gesichtspunkten aus mit größter Schärfe im Interesse der höchsten Probleme unserer psychologischen Erkenntnis als gänzlich unzuverlässig nachgewiesen und hoffentlich für alle ernst Denkenden und für immer abgetan. Dagegen versagt *H.* den Methoden der italienischen Forscher *Luciani*, *Bianchi* und *Tonnini*, soweit sie der Kritik stand halten, seine Anerkennung nicht. — Nach der Operationsmethode kommt es auf die genauesten Details der Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit bestimmter Rindenabschnitte und ihre Vergleichung miteinander, ferner der Motilität, der Sensibilität und der Reflexe an. Erst wenn auch diese von allen Forschern in gleicher Weise beachtet werden, sind vergleichbare Resultate und damit Fortschritte zu erwarten. — Von dem allgemeinsten Interesse ist hier der dritte Abschnitt „Theorien“. Jeder Leser wird mit Spannung verfolgen, was *H.* über die „Theorien des kortikalen Sehens und der kortikalen Sehstörung“ und über die „Theorien der Gehirnmechanik“ zu sagen hat, ferner über die Lehre *Munks* und ihren Einfluß auf die Wissenschaft und Schulmedizin, über den Gegensatz zwischen *Goltz* und *Munk*, über den *Goltzschen* Hund ohne Großhirn, über *Goltz'* Theorie vom Großhirn als Hemmungsorgan, über die Anschauungen der italienischen Schule, über die „allumfassenden Gesetze“ *Loebs* und dessen Heliotropismus der Tiere. — Die Schlußbetrachtungen bringen in lapidaren Sätzen eine kurze Zusammenfassung von *Hitzigs* eigenem Standpunkt der ganzen Lehre von der Gehirnmechanik. — Auf diesen letzten Seiten der in Rede stehenden Abhandlung erreicht das ganze Buch seinen Höhepunkt: hier wird mit scharfem Geist und weitem Blick die Grenze des bisher Erreichten und des nunmehr zu Erforschenden gezogen und damit zugleich der Philosophie für die Ergründung der psychischen Erscheinungen das wichtigste — weil der naturwissenschaftlichen Forschung allein zugängliche — Material an die Hand gegeben.

Die letzte und die größte Abhandlung befaßt sich mit den „Beziehungen der Rinde und der subkortikalen Ganglien zum Sehakt des Hundes“. Auf diesem Gebiete, dem strittigsten der ganzen Hirnphysiologie, welches übrigens *H.* auch lange vor *Munk* in Angriff genommen hatte, steht

heute noch Behauptung gegen Behauptung. Die Hauptfragen sind: 1. ob kortikale Sehstörungen nur nach Eingriffen in die *Munksche* „Sehsphäre“ oder auch von anderen Gebieten aus entstehen, 2. welcher Art sie sind, ob hemianopisch, ob den Lehren *Munks* entsprechend, 3. ob diese Sehstörungen kortikal, oder subkortikal vermittelt sind. *H.* unternimmt die Lösung dieser Fragen mit Hilfe eines enormen experimentellen Materials, mit einer geradezu erstaunlichen, auf gegnerischer Seite nirgends so geübten Genauigkeit und mit nie erlahmendem Scharfsinn. Es ist mit einem Worte eine Riesenarbeit welche noch manchem zu schaffen machen wird, der sich an die Nachprüfung begibt. Für die *Munksche* Lehre ist das Resultat, wie es in den „Ergebnissen“ übersichtlich zusammengefaßt ist, ein geradezu vernichtendes. Den Schluß bildet eine lichtvolle, kritische Darstellung vom „Mechanismus des Sehens, der Sehstörung und der Restitution, sowie für die Psychologie bedeutungsvolle Rückblicke und Schlüsse auf die Entstehung der optischen Apperzeption.

Damit tritt *H.* von dem Felde der wissenschaftlichen Forschung zurück. Er ist aber des endlichen Sieges seiner Sache vollkommen sicher: „Diese Untersuchungen werden wiederholt werden und das Endergebnis ist mir nicht zweifelhaft.“

W. Seiffer-Berlin.

Max Fischer, Laienwelt und Geistesranke. Stuttgart 1903. 177 Seiten.

Aus Illenau hervorgegangen und dessen Leiter zum 40jährigen Dienstjubiläum gewidmet, verleugnet dies Buch seinen Ursprung aus warmherziger Fürsorge für das Los der Geistesranke nicht. Es zeigt ihn in dem persönlichen Anteil, der die klare Darlegung vorhandener Mißstände eindringlicher macht und der Forderung einer Umänderung der Laienwelt in ihrem Verhalten den Geistesranke und den Irrenärzten gegenüber eine überzeugende Kraft verleiht. Durch einen geschichtlichen Überblick bahnt sich Verfasser den Weg zur Darlegung der Grundsätze der modernen Anschauung über Geistesranke und der Fürsorge für Geistesranke zumal in der Anstalt, um dann die Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, welche das Publikum infolge von Gleichgültigkeit und Vorurteilen den Irrenärzten und den Kranken bereitet. Nach allen Richtungen wird das verkehrte Verhalten der Laienwelt auf Grund eigener Erfahrung des Verfassers eingehend geschildert, zu Beginn der Erkrankung, während des Anstaltsaufenthalts, nach der Entlassung des Kranken, aber die Aufzählung all dieser Schäden gibt nur die Grundlage ab für einen sehr wirkungsvollen Appell an alle, die die Sache angeht, an der Besserung mitzuarbeiten. Und daß die Sache nicht nur Ärzte, Ranke und deren Angehörige, sondern jedermann angeht, wird mit Gründen, denen sich so leicht niemand entziehen kann, klargestellt. Ein Recht und eine Pflicht

zur Mitarbeit in der Irrenfürsorge kann der Allgemeinheit mit Nutzen aber nur dann auferlegt werden, wenn zugleich die Art der Betätigung in zweckmäßige Bahnen gelenkt wird, und so sucht denn Verfasser auch diese genau abzustecken. Vor anderem ist es ein Irrenpflegeverein, der, nach hessischem Muster über das Land verbreitet, aufklären und durch Vertrauensmänner in jedem gegebenen Falle Hilfe bringen, Geldmittel beschaffen, Genesungshäuser für Geisteskranke begründen, bei der Auswahl von Pflegern behülflich sein soll usw. Mir scheint, daß dies Buch nicht nur die rechte Art hat, überall Interesse und ein fortschrittliches Streben anzuregen, sondern auch ganz besonders den bestehenden Hilfsvereinen für Geisteskranke empfohlen werden sollte, denen daraus neue Kraft und Verständnis ihrer großen Aufgaben erwachsen dürfte.

Hans Lachr.

Anton Bumm, Zur Geschichte der Panoptischen Irrenanstalten. Nachdruck der Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Kreisirrenanstalt in Erlangen. 25 S. Erlangen 1903. 8°.

Anläßlich des Hinscheidens von Professor *Bumm* ist diese Schrift neu gedruckt worden und ein Exemplar für den Preis von 1 M. von der Direktion der Kreisirrenanstalt Erlangen zu haben. Sie zeigt die hohe Begabung des Verfassers von einer neuen Seite und ist für jeden wertvoll, der zu historischen Forschungen im Gebiete der Psychiatrie Neigung hat. Das „Panoptische“ Bausystem für Irrenanstalten, um von einem Punkte aus möglichst alle Teile einer Anstalt zu übersehen, legt davon Zeugnis ab, mit welchem Eifer man in der damaligen Zeit nach einem Muster für Neubauten der Irrenanstalten suchte und daher auch zu Fehlgriffen kam, die wiederum belehrten. So hat denn auch *Solbrig*, Autodidakt in der Psychiatrie, wie die meisten Kollegen jener Jahre, die Pläne zu der 1846 eröffneten Anstalt in Erlangen in dieser Form angegeben. Sie ist nur in Frankreich und Italien in je einer Anstalt zum Ausdruck gekommen.

Mit gleicher Gründlichkeit wie in seinen übrigen Arbeiten hat *Bumm* diese Episode des Baues von Irrenanstalten behandelt und seine Arbeit empfiehlt sich als Vorbild für historische Forschungen.

(Man könnte dieser panoptischen Form noch die Anstalt zu Girona, Catalonien in Spanien, anreihen, nur daß hier der Überblick von einem Turme aus auf die freie Umgebung beabsichtigt wird, was sich daraus erklärt, daß in Spanien die Kranken meist am Tage außerhalb in den Gärten leben, weniger unruhig als in anderen Ländern sind und nicht zur Beschäftigung gedrängt werden. Ref.)

L.

Peretti, Über den jetzigen Stand der Nervenheilstätten-Bestreben, 32 S. Halle, Carl Marhold, 1904. 8^o.

Der Inhalt entspricht vollständig dem Titel und gibt an, wie weit die Nervenheilstätten jetzt Fuß gefaßt haben. Die bisherige Literatur darüber ist hinzugefügt. L.

Julio de Mattos, 1. A Paranoia. Lisboa, 1898, 189 S. 2. A Locura, estudos clinicos e medico-legaes. S. Paulo 1889. 344 S. 3. Os alienados nos tribunaes. I. Lisboa, Cardoso u. Irmão, 1902, 288 S. 4. Os Alienados nos tribunaes. II. Lisboa, 1903, 288 S.

Immer mehr tritt die Wichtigkeit der Geschichte der Medizin in ihren einzelnen Disziplinen zutage. Besonders dem Anfänger ist sie sehr zu empfehlen, da sie ihn gleich von vornherein zur größten Vorsicht in seinen Schlüssen und zur Bescheidenheit erzieht. Zur Geschichte gehört aber zunächst die Kenntnis der zeitgenössischen Literatur, erst der in der Landessprache, dann der in fremden Ländern. Erst so erfährt man, wie sich außerhalb der engeren vier Pfähle die besondere Disziplin entwickelt hat und daß auch extra muros große Gelehrte, Denker und geistvolle Männer existieren, deren nähere Bekanntschaft der Fachmann, besonders wenn er wissenschaftlich arbeitet, machen muß. Einen solchen stellt Verf. dem Leser in Julio de Mattos vor, dem ersten Psychiater Portugals, der nicht nur eine große Erfahrung als Psychiater sein eigen nennt, sondern mit eminenter Klarheit seine Ideen darzulegen weiß und meist auch ein scharfer und geistvoller Kritiker ist.¹⁾

In der ersten Arbeit bespricht er die Paranoia in ihren verschiedenen Aspekten und an der Hand der reichen Literatur der führenden Völker; der so schwierige historische Abriß ist musterhaft klar. Der zweite Teil behandelt die akute, chronische, sekundäre Verrücktheit, dann die Logik, den Wahnsinn, die Halluzinationen, Zwangsideen und die Entartung im Verhältnis zum Delirium. Als generellen Namen wählt Verf den der Paranoia. Er begeistert sich nicht für einen affektiven Ursprung derselben, wohl aber für die Ansicht von Tanzi und Riva; danach ist der Paranoiker ein Produkt des Atavismus infolge von intellektueller Entartung; er denkt nicht mehr wie ein moderner, sondern wie ein früherer Mensch. Dadurch wird der Begriff: Paranoia, anthropologisch, während der deutsche Begriff: Verrücktheit, medizinisch ist. Ref. bemerkt hierzu, daß diese italienische Lehre sonst nicht Wurzel gefaßt hat und das mit Recht. Sie spielt nur mit Analogien

¹⁾ Einen anderen bedeutenden portugiesischen Psychiater: Magalhães Lemos will ich hier gleichfalls erwähnen, der ganz vorzügliche Arbeiten geliefert hat.

und nicht mit Wirklichkeit. Die Regression der einzelnen intellektuellen Schichten ist nicht nur der Paranoia eigen, sie kommt auch bei den anderen Psychosen mehr oder weniger vor und ein Italiener bezeichnet daher konsequenterweise jede Psychose als Atavismus! Das ist nur ein Spielen mit Worten und besagt psychologisch und ätiologisch gar nichts. Die Idee Tanzis ist geistreich, aber unfruchtbar! Jeder Paranoiker ist ferner nach Verf. stets schon vorher nicht normal gewesen. Das geht, glaubt Ref. zu weit. Verf. leugnet strikte, daß der Größenwahn als Erklärung des Verfolgungswahns entstände; jener vielmehr entstehe spontan, aus dem Unbewußten. Damit ist eine unbewußte assoziative Erklärung aus den Verfolgungsideen aber nicht ausgeschlossen, meint Ref., wie es sicher auch Fälle gibt, wo dies bewußt geschieht. Die Zwangsidee ist für den Verf. ein abortives systematisches Delirium und die Paranoia nur eine progressive Zwangsidee. Die Zwangsidee ist ein Beginn der persönlichen Dissoziation und enthält als solcher schon eine Verdunkelung des Bewußtseins.

Die Arbeiten sub 2, 3 und 4 haben nicht nur klinisches, sondern vor allem forensisch-psychiatrisches Interesse. Arbeit 2 bietet dazu quasi die Einleitung, indem sie einige wichtige Punkte der Psychiatrie generell bez. seiner forensischen Wichtigkeit bespricht. So den Größenwahn, die Verfolgten und die Melancholischen, die Remissionen in der Paralyse, die Gewalttaten der Epileptiker, die kriminelle Verantwortlichkeit der Irren, die verbrecherischen Irren und endlich die Psychiatrie vor Gericht. Viele eigene und fremde Beobachtungen sind in den Text gestreut, Die verschiedenen Arten der Größenideen werden gut analysiert. Für die nach epileptischen und hysterischen Anfällen bisweilen eintretenden plötzlichen Grössenideen besteht durchaus nicht immer völlige Amnesie. Diagnostisch kann ein Größendelir wichtig sein, prognostisch aber viel weniger. Bei Agitation der Paralytiker wandte de Mattos schon 1889 mit Erfolg warme prolongierte Bäder an. Sehr interessant ist der Aufsatz über die Remissionen bei der Paralyse. Um die verschiedenen Möglichkeiten zu erklären, neigt sich der Verf. der Meinung *Baillargers* und *Magnans* zu, daß es sich bei Paralyse — ebenso oft bei Epilepsie — meist um Assoziationen von Psychosen handelt, nämlich der Manie oder Paranoia mit der Demenz. In Deutschland finden sich dafür, meint Referent, wohl kaum Freunde. Verf. hält die Paralyse für heilbar, was andere bekanntlich bezweifeln. Er glaubt ferner, daß vollständige Remission von Paralyse nach künstlichen oder natürlichen Eiterungen geschehen und wendet daher in geeigneten Fällen die Revulsiv-Theorie an, allerdings dies im Jahre 1889. (Ist bei uns längst und mit Recht verlassen! Ref.). In der Regel empfiehlt er für die Remission die Invaliditäts-Erklärung der Akte und er bekämpft die Ansicht, daß man unzurechnungsfähig vor dem Strafrichter, wohl aber zurechnungsfähig vor dem Zivilrichter sein kann, wie er auch von der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ nichts wissen will. Letztere ist aber, meint Ref., schon dadurch psychologisch gegeben, daß es nirgends in der Natur scharfe Grenzen gibt, am wenigsten in der Psychologie. Daher erwärmen

sich jetzt wieder mit Recht bei uns und anderwärts immer mehr Autoren für die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Die moralische Verantwortlichkeit der Iren ist nie eine normale (nie? Ref.). Verf. verwirft die partielle Verrücktheit; jede ist eine totale. Das möchte Ref. mit andern doch nicht ohne weiteres zugeben, angesichts dessen, daß die Grenzen des Normalen so ungeheuer schwanken und selbst beim Normalen oft genug allerlei psychopathische geistige Elementar-Symptome auftauchen. Bedauerlich ist es, daß Verf. ein glühender Verehrer der *Lambrososchen* Theorien ist, speziell des geborenen Verbrechers und des type criminel und hier verläßt ihn leider seine sonst so scharfe Kritik! Übrigens scheint er später davon sehr zurückgekommen zu sein, da er in den beiden anderen Büchern *Lambrosos* Lehre nicht mehr berührt. Wenn er der Ansicht ist, wie manche, daß das Wissen Verbrechen nicht hindert, weil trotz zunehmender Kultur die Verbrechen zunehmen, so liegt dies, glaubt Ref., nicht am Wissen selbst, sondern an ganz anderen Faktoren; denn die Schule, richtig geleitet, soll nicht nur das Wissen bereichern, sondern direkt und indirekt gute Hemmungsvorstellungen beibringen und sie kann es sicher bis zu einem gewissen Grade. Mit Recht wendet sich Verf. scharf gegen die Metaphysik der heutigen klassischen Schule der Juristen und verlangt die Anwendungen der positiven Schule. Mit Recht zeigt er ferner, wie die Lehre der Einschüchterung und Besserung durch die Strafe, durchaus deterministisch ist, trotzdem sich die alte Schule gegen den Determinismus so sträubt.

Die Arbeiten No. 3 u. 4 geben forensisch-psychiatrische Gutachten, resp. Obergutachten, die in ihrer Klarheit, Vorbeugung und geistvollen Behandlung zu den besten gehören, die Ref. kennt. An sich schon sind da meist recht interessante Fälle aus allen möglichen Psychosen genommen, und meist Verbrechen und Vergehen behandelnd. Auch Soldaten kommen vor. Den Juristen wird oft scharf der Text gelesen. Nur einige Bemerkungen seien gestattet. In einem Falle von transitorischer Manie handelte es sich, die eventuell alkoholische Genese festzustellen. Zu diesem Zwecke wurde Patient zweimal absichtlich betrunken gemacht, um die Reaktion auf Alkohol zu studieren. Jedenfalls, meint Ref., ein wenig nachahmenswertes Beispiel, wie auch die Anwendung der kalten Dusche zur Entlarvung eines Simulanten! Sehr schön sind die Bemerkungen bez. der Epilepsie. Ob kurze, seit langem sich wiederholende Fälle von Wutanfällen auch ohne Vorhandensein von grand oder petit mal, absolut sicher Epilepsie bedeuten, wie Verf. sagt, bleibe dahingestellt. Er nennt die Epilepsie die „kriminelle Psychose“ *κατ' ἐξοχήν*. Dies gilt aber nur in gewissem Grade, da das Gros der Kranken nie kriminell wird und wenn Verf. den „geborenen Verbrecher“ in dem „impulsiven, moralisch schwachsinnigen“ Epileptiker sieht, so wäre dies auch in den Fällen, wo es einzutreffen scheint, doch noch sehr zu beanstanden. Wenn nach Paranoia chronische Demenz eintritt, so handelt es sich nach Verf. stets nur um Zutreten der senilen Demenz, also um Komplikation zweier Psychosen. Darüber ließe sich wohl streiten. Mit Recht sagt Verf., daß Simulation von Psychosen sehr selten ist, aber daß sie stets und schnell zu entlarven sei, möchte Ref.

nicht unterschreiben. Seine Bemerkungen über Simulation sind ausgezeichnete. Lang fortgesetzte Simulation kann nur (? Ref.) von zu Psychose disponierten ins Werk gesetzt werden. Auch in der Melancholie mit Delirien sieht Verf. eine Kombination zweier Psychosen mit verschiedenen Ausgangspunkten (? Ref.). Verf. behauptet, daß alte Paranoiker fast stets Neigung zu Neologismen haben. Ref. fand dies dagegen relativ nur selten. Verf. will nicht, daß der Sachverständige sich über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten äußert, das sei nur Sache des Richters. In Deutschland sind aber viele anderer Ansicht. Mit *Cotard* sieht Verf. im „*Cotardschen* Syndrome“ ein Zeichen der intermittierenden Melancholie, in seinen weiteren Stadien, daher ein prognostisch schlimmes. Ref. glaubt aber das Symptom auch in Fällen von anscheinend einmaliger Melancholie gesehen zu haben. Vorzüglich ist die *dementia senilis* behandelt. Sie soll durchschnittlich vier Jahre währen (? Ref.). In der Vorrede zum 4. Buche setzt Verf. auseinander, wie durch die Gesetze von 1889, 1896 und 1899 in Portugal der Richter das Gutachten der Sachverständigen nicht mehr verwerfen kann wie vorher — *nota bene* nur in Strafsachen! —, er kann höchstens ein Obergutachten verlangen. Nach dem Votum der Ärzte hat er dann zu entscheiden. Ref. will hier bemerken, daß Portugal das erste Land ist, was dieses wichtige Gesetz, wofür Ref. wiederholt energisch eingetreten ist, erlassen hat und seit den vier Jahren des Bestehens hat es sich vortrefflich bewährt, der beste Beweis, daß alle Argumentationen dagegen hinfällig sind! Die Gesetze hatten aber auch vorgesehen, daß die irren Verbrecher, — deren Schaden in der Irrenanstalt Verf. entschieden, wie so viele andere auch, übertreibt — teils in Adnexe bei Strafanstalten, teils in einen an dem neu zu errichtenden Irrenhause zu Lissabon untergebracht werden sollten. Nichts davon ist bisher geschehen, sondern nur ein Adnex an ein altes Hospital in Lissabon eingerichtet worden. Man sieht eben wieder wie in romanischen Ländern so vieles nur auf dem Papiere steht und die Handhabung sonst vortrefflicher Gesetze (siehe z. B. Italien und Spanien) eine sehr laxe, manchmal rein illusorische ist. Durch Verfasser erfahren wir, daß auch in Portugal (Provinz alto Minho) *Pellagra* besteht, dagegen *pellagröses* Irresein im Gegensatz zu Italien, abnorm selten ist. Auf Entartungszeichen gibt Verf. viel und das mit Recht. Dagegen ist die sogenannte „Disvulneralität“ ein sehr heikles Ding und große Fruchtbarkeit allein ein noch sehr fragliches Stigma. Leider spricht er noch von „*moral insanity*“ als eigener Krankheit, was sie nicht ist, erkennt aber wenigstens ausdrücklich an, daß die erhaltene Intelligenz dabei nur scheinbar intakt ist.

Bemerkt sei endlich noch, daß Julio de Mattos Direktor der Irrenanstalt des Grafen Ferreira in Porto ist und ein in Portugal und Brasilien vielgepriesenes, jetzt vergriffenes Lehrbuch der Geisteskrankheiten geschrieben hat, das Ref. leider selbst nicht kennt.

Näcke.

A. *Morselli*: La tubercolosi nella etiologia e patogenesi delle malattie nervose e mentali. Studio critico e sperimentale. Genova, Baltta, 1903. 104 S.

Es handelt sich hier um eine sehr fleißige Inaugural-Dissertation. Der Vater des Verf. ist der bekannte Psychiater Genuas. Vorliegende Arbeit dürfte die ausführlichste bezüglich des Verhältnisses von Tuberkulose zu Nerven- und Geisteskrankheiten sein, mindestens die neueste. Die Literatur ist überall voll berücksichtigt und experimentelle und histologische Untersuchungen und Krankengeschichten sind beigegeben. Mit Recht sieht Verf. nicht die Tuberkulose als solche vererbt, nur die Anlage dazu, welche dann später zu allerlei Nerven- und Geisteskrankheiten führen kann. Mit Recht sieht er also in der Schwindsucht der Eltern ein degeneratives Element, was die Deutschen leider immer noch zu wenig zugeben wollen. Namentlich sind hier die Stammtafeln *Hdrlickas* sehr lehrreich. Durch das Toxin kann das ganze Nervensystem in seinen einzelnen Abschnitten ergriffen werden, je nach der Individualität und ohne spezifisches Gepräge, also sind auch nicht die Psychosen irgendwie charakteristisch. Es können auch Verbrechen und Prostitution auf tuberkulösem Boden entstehen (in concreto wohl kaum sicher zu behaupten! Verf.), ebenso Selbstmord. Die histologischen Untersuchungen weisen ebenfalls nichts Spezifisches auf. Leider spricht Verf. noch von der moral insanity und für ihn ist das Verbrechen ohne weiteres Entartung, was sicher zu weit geht! Ist es doch fraglich, ob man als solche jede Psychose ohne weiteres hinstellen soll! Die Euphorie Tuberkulöser schlankweg auf die Tuberkeltoxine zu beziehen, scheint Ref. gewagt; vielleicht spielt hierbei die Kohlensäureanhäufung etc. eine größere Rolle. Tuberkulose in der Anamnese von Nerven- und Geisteskranken ist sehr häufig. Die vom Verfasser beigebrachten Geschichten der Burbonen, Medici, Valois, etc. bez. der Tuberkulose und Verbrechen etc. sind bez. des Zusammenhanges nur mit Vorsicht aufzunehmen.

Näcke.

Kleinere Mitteilungen.

Kongreß für experimentelle Psychologie. — Derselbe wird vom 18. bis 20. April 1904 in Gießen stattfinden. Die Einladung erfolgt von Professor *E. Müller-Göttingen* und Professor *Sommer-Gießen*. Vorträge haben zugesagt: *Ach-Göttingen*, *Ament-Würzburg*, *Asher-Bern*, *Benussi-Graz*, *Dessoir-Berlin*, *Ebbinghaus-Breslau*, *Elsenhaus-Heidelberg*, *Groos-Gießen*, *Henri-Paris*, *Kohnstamm-Königstein*, *Külpe-Würzburg*, *Lay-Karlsruhe*, *Marbe-Würzburg*, *Martius-Kiel*, *Neumann-Zürich*, *L. Müller-Göttingen*, *Schumann-Berlin*, *Siebeck-Gießen*, *Sommer-Gießen*, *Stumpf-Berlin*, *Tschermak-Halle*, *Watt-Würzburg*, *Weygandt-Würzburg*, *Wreschner-Zürich*, *Ziehen-Halle*, voraussichtlich auch: *Allruth-Upsala*, *Kiesow-Turin*, *Bauschburg-Budapest*, *W. Stern-Breslau*, *Ettlinger-München*, *S. Exner-Wien*, *Witasch-Gratz*.

Eine Ausstellung von Apparaten und Methoden ist von verschiedenen Seiten zugesagt. Das definitive Programm wird Anfang März versendet. Das Lokal-Komitee bilden *Groos*-, *Siebeck*-, *Sommer-Gießen*.

Strafsachen. — Mitgeteilt von Unger, Reichsgerichtsrat, Leipzig. 72. (§ 56 Z. 1 Str.P.O.) Ausweislich des Protokolls war ein wegen Trunksucht entmündigter Zeuge nicht beeidigt worden, „weil er von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung habe.“ Das R.G. gab der auf die §§ 60 u. 56 Z. 1 gestützten Revision des Angeklagten statt. Nach dem Gesetze ist jeder in der Hauptverhandlung vernommene Zeuge zu vereidigen, sofern nicht ein gesetzlicher Grund das Abweichen von der Regel rechtfertigt. Der Mangel einer genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides, der nach § 56 Z. 1 Str.P.O. die Unterlassung der Beeidigung rechtfertigt, muß auf mangelnder Verstandesreife oder auf Verstandeschwäche beruhen. Eine Ausdehnung auf andere Gründe ist unstatthaft. Der Vorderrichter mußte in dem die Nichtbeeidigung des Zeugen anordnenden Beschlusse zum Ausdruck bringen, ob einer jener Gründe vorlag. Sollte der Vorderrichter von der Anschauung ausgegangen sein, schon die Entmündigung wegen Trunksucht rechtfertige die Anwendung des § 56 Z. 1, so würde dies rechtsirrtümlich sein. Wenn selbst die Entmündigung eines Zeugen wegen

Geisteskrankheit die Beeidigung nicht in allen Fällen unzulässig macht (Entsch. in Strafs. Bd. 33 S. 393), so kann dies um so weniger bei einem wegen Trunksucht entmündigten Zeugen gelten. (Urt. III 2964/03 v. 13. Juli 1903.) (Deutsche Juristen-Zeitung, Berlin, Nr. 23 vom 1. Dez. 1903).

Bitte. — Dr. *Max Hecht*, Bahnarzt zu Solln bei München hat sich die Aufgabe gestellt, das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland zu ermitteln, hat an alle Anstalten einen Fragebogen nach dem Bestande der Kranken am 1. Dez. 1903 versendet und bittet, ihn darin zu unterstützen.

Nachruf an *Friedrich Jolly*. — Das neue Jahr hat der deutschen Psychiatrie einen Verlust gebracht, wie er sie herber und nachhaltiger nicht treffen konnte. Am 4. Januar starb zu Berlin an den Folgen eines Aneurysma des Herzens *Friedrich Jolly*. Mitten aus der Arbeit und der Pflicht riß ihn rasch und unvermutet ein jäher Tod aus dem Kreise seiner Freunde, die ihn betrauern und beneiden. Denn in seltener Einstimmigkeit klingen die zahllosen Nachrufe aus in seinem Lobe, und aus allen tritt uns immer der eine Ton entgegen, der von seinem tadellosen, von seinem vornehmen Wesen.

Jolly war eine durch und durch vornehme Natur. Aus einer Emigrantenfamilie entstammt, die ihrem neuen Vaterlande schon manchen hervorragenden Mann geliefert hat, war er ein Mensch aus einem Guß, und dieser Guß war echte Bronze. Wir reden in der Psychiatrie so viel von dem psychischen Gleichgewichte. Nun, wenn jemals sich ein Mensch in seinem psychischen Gleichgewichte befunden hat, dann war es *Jolly*, und wenn seine gemüthliche Art hin und wieder vielleicht den Anschein erwecken konnte, als ob ein leichter Hauch von Phlegma auf ihm läge, dann war es mehr dieses vollkommene Gleichgewicht, das ihn nie seine Ruhe verlieren ließ, ihn nie in seiner Besonnenheit störte. Niemals habe ich von ihm eine Klage über Überhäufung mit Arbeit vernommen, nie bemerkt, daß er selbst recht weitgehenden Ansprüchen gegenüber ungeduldig geworden und aus seiner gewohnten Ruhe herausgetreten wäre. Und doch lastete eine Arbeitslast auf seinen Schultern, die manchen Anderen zur hellen Verzweiflung gebracht hätte.

Berlin ist an und für sich keine nervenerhaltende Stadt, und welche Anforderungen wurden nicht an ihn gestellt!

Nicht nur an den Lehrer der Hochschule, den Direktor der Psychiatrischen und der Nervenklinik an der königlichen Charité, *Jolly* war auch Mitglied der wissenschaftlichen Deputation und des Reichsgesundheitsamtes, er leitete als Vorstand die Gesellschaft für Psychiatrie und gab das Archiv für Psychiatrie heraus, und nicht zuletzt war er ein ebenso beliebter wie viel gesuchter Arzt. Und überall war er alles voll und ganz.

Gleich ausgezeichnet als Lehrer wie einzig als Mensch, war er seinen Schülern ein Gegenstand der Verehrung, und von seiner Tätigkeit als Arzt kann ich nur das wiederholen, was ein Anderer vor mir gesagt hat, wo er hinkam waren Sonnenschein und Glück.

Bei alledem fand er noch Zeit, seine reiche Erfahrung in zahlreichen Schriften niederzulegen. *Jolly* war nicht das, was *Emerson* ein Mastodon der Literatur genannt hat, und an Zahl und Dickleibigkeit der Bücher ist ihm mancher über. Das aber, was er geschrieben, war eben so klar und richtig wie sein ganzes Denken, und jede seiner Schriften bedeutet eine nachhaltige Bereicherung unseres Wissens. Es ist nicht meine Absicht eine Schilderung seines Lebensganges zu entwerfen, und ebenso halte ich es den zahlreichen anderen Nachrufen gegenüber nicht für notwendig, auf seine literarischen Verdienste näher einzugehen, da ich den Lesern einer psychiatrischen Zeitschrift damit nichts Neues bringen würde. Mir kam es hier vornehmlich darauf an, ein Bild des prächtigen Menschen zu entwerfen, der nun für immer von uns gegangen ist. Dieses Bild aber würde nicht vollständig sein, wenn es nichts von seiner Häuslichkeit enthielte. Ich war einer der ersten, der die junge Frau in Straßburg begrüßte, der ihm seine Kinder taufen half und der sich dreißig Jahre lang einen Freund seines Hauses nennen durfte. In dieser langen Zeit haben er und seine Frau wohl den Jahren ihren Zoll bezahlt, sie sind älter und rundlicher geworden, aber sonst war alles so wie einst, dieselbe Innigkeit, so fest, so selbstverständlich, wie an jenem Tage, wo er sie zuerst in sein Haus führte und mit ihr den Bund für das Leben geschlossen hat. Auch hier war alles Sonnenschein und Glück.

Und das ist nun mit ihm dahin!

Wohl hat er sich in Straßburg wie in Berlin in den klinischen Neubauten steinerne Denkmale seines Könnens errichtet, die seinen Namen in gleicher Weise mit der Psychiatrie und ihren Fortschritten verbinden werden. Sie werden die Kunde von dem ausgezeichneten Lehrer und Meister auf die Nachwelt übertragen. Von dem aber, was er als Mensch gewesen, wissen nur wir, die wir ihn gekannt und geliebt haben. Die Liebe seiner Freunde folgt ihm über das Grab und Feinde hat er nie gehabt.

Pelman.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte¹⁾.

Dem Verein ist ferner beigetreten:

Großh. Direktion der psych. Klinik zu Freiburg in Baden.

Direktion der Großh. Anst. f. geistesschw. Kinder zu Mecklenb.-Schwerin.

Städtische Taubstummenanstalt zu Moskau-Rußland.

Städtische Irrenanstalt Slobatka Romanowka in Odessa-Rußland.

¹⁾ Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Lachr.

Personal-Nachrichten.

- Dr. *Karl Bonhoeffer*, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik in Königsberg ist als Prof. o. der Psych. u. Dir. der psych. Klinik nach Heidelberg.
- Dr. *Heilbronner*, früher in Halle, dir. Arzt der Beobachtungsstation f. geisteskr. Verbrecher in Breslau, als Prof. o. nach Utrecht berufen worden.
- Dr. *Zingerle*, Privatdozent an d. Univ. der Irren- u. Nervenheilkunde zu Graz ist zum Prof. eo. ernannt.
- Dr. *Ad. Nerlich* hat die Stellung als Oberarzt u. Leiter der Abt. für Geistes- kranke an der Strafanst. zu Waldheim erhalten.
- Dr. *Rosenfeld*, 1. Ass. d. psych. Klinik in Erlangen hat sich für Psych. u. Neurologie an d. Univ. Erlangen,
- Dr. *Förster*, Ass. des Laboratoriums der psych. Klinik zu Breslau — als Privatdozent für Psych. u. Neurologie habilitiert.
- Dr. *Knapp*, Ass. der psych. Klinik in Göttingen ist zum Oberarzt der psych. u. Nervenlinik der Univ. Halle berufen.
- Dr. *Al. Erlenmeyer*, San.-R. u. Dir. der Privatheilanst. zu Bendorf hat den Charakter als Geh. San.-Rat,
- Dr. *Hans Laehr*, dir. Arzt der Privatheilanstalt Schweizerhof den als San.-Rat,
- Dr. *Heinr. Laehr*, Prof. u. cons. Arzt der Privatheilanstalt Schweizerhof den Roten Adlerorden 2. Kl. mit Eichenlaub erhalten.
- Dr. *Fr. Jolly*, Geh. Med. R., Prof. u. Dir. der psychiatrischen u. Nervenlinik in Berlin ist am 4. Januar cr. nach eintägiger Krankheit an Zerreißung eines Aneurysma der Aorta gestorben.
-

Ungewöhnlicher Verlauf bei „Katatonie“. ¹⁾

Von

Dr. Walter Fuchs, Emmendingen.

Es handelt sich um eine kasuistische Studie, um einen Fall, der paranoische und katatonische Zustände darbietet in einer Art der Zusammenfügung, die in mancher Beziehung nicht ganz alltäglich ist.

Der Kranke ist am 28. Februar 1841 in dem Dörfchen Rorgenwies in der Bodenseegegend geboren. Erbliche Belastung scheint nicht vorzuliegen, die geistige Beanlagung war recht gut, die Erziehung in der sehr kinderreichen Familie primitiv. Patient war stets gesund, lernte das Zimmermannshandwerk und galt als tüchtiger Arbeiter. Er heiratete im Jahre 1878, hatte mehrere gesunde Kinder, seine Lebensweise war angestrengt und regelmäßig, Alkoholgenuß offenbar eine Ausnahme, dagegen soll Patient außerehelich sexuell exzediert haben. Das Verhältnis zu seinen Mitbürgern scheint schon damals nicht ganz ungetrübt gewesen zu sein, doch stellt ihm noch im Jahre 1886 das heimatliche Pfarramt das Zeugnis aus, daß er „wegen seines Fleißes und seines Geschicklichkeit beliebt“ gewesen sei. Am 18. April 1886 nun beging Patient, der in das Schlafzimmer einer Frau eingedrungen und von dieser schroff hinausgewiesen worden war, eine Brandstiftung, die seine Verurteilung zu zwei Jahren Zuchthaus nach sich zog. Nach fünfviertel-jähriger Haft brach akut eine Geistesstörung aus, auf welche ich noch zurückkommen muß; nach einiger Zeit folgte scheinbare Genesung, Patient wurde, da er sich weiter gut hielt und willig arbeitete, schon $\frac{1}{2}$ Jahr vor Ablauf seiner Strafe entlassen (am 17. Januar 1888). Er kehrte nach Rorgenwies zurück und nahm sein früheres Leben des fleißigen und arbeitsamen Hausvaters wieder auf; nur boykottierte er jetzt eine Reihe Mitbürger aus wahnhaften Gründen, die er gelegentlich unverhohlen aussprach. Das Wahnsystem, wie es dann viele Jahre hindurch festgehalten worden ist, bestand aus Verfolgungs- und Größenideen. Als Hauptverfolger figurieren dieselben

¹⁾ Aus der Großherzoglichen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Vortrag, gehalten in der 34. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 14.—15. November 1903 zu Karlsruhe.

Leute, gegen die Patient schon vor seiner Zuchthauszeit eingenommen gewesen war. Der Inhalt des Wahnbaues ist kurz der, daß Patient seiner Abstammung nach ein Graf aus altadeligem Hause, ein Graf von Nellenburg, ein Verwandter der Habsburger, ist, dessen letzter offizieller Repräsentant s. Zt. in Schloß und Kirche Rorgenwies beträchtliche Schätze eingemauert hatte, die dann von Rorgenwieser Bürgern — dem Bürgermeister, dem Adlerwirt und etlichen andern — widerrechtlich gehoben und unterschlagen bzw. an andere Rorgenwieser Einwohner verteilt wurden. Um das verbrecherische Geheimnis zu wahren, hat jene Klique nicht nur ihn, den Patienten, der nach seiner Abstammung und seinen Kenntnissen von der Sache besonders gefährlich erschien, ständig verfolgt, malträtirt und schließlich ins Zuchthaus gebracht, sondern auch eine ganze Reihe von Giftmorden und Meineiden verübt, z. T. unter stillschweigendem Gewährenlassen seitens des bestochenen Bezirksamtmannes. — Patient galt in der Gemeinde deshalb als nicht ganz zurechnungsfähig, aber er vermochte seiner Familie vorzustehen, sein Geschäft fleißig, geschickt und ersprießlich zu betreiben und sich ohne weitere Zwischenfälle durchzubringen. Erst am 5. Januar 1892 wurde seine Aufnahme in Emmendingen nötig: es hatte im Frühjahr zuvor in Rorgenwies abermals gebrannt, der primäre Verdacht war — übrigens ohne Grund — auf Patient gefallen, man hatte ihn vorübergehend verhaftet gehalten, wohl auch mit seinem Zuchthäuslertum angezapft —, seitdem scheint Schimpfen und Drohen beim Patient häufiger gewesen zu sein, er schrieb auch Beschwerden, Denunziationen gegen seine alten Feinde an die Behörde — kurz aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erfolgte die Überführung in unsere Anstalt. Hier hat sich nun sein Befinden jahrelang, genau bis zum 18. November 1897, unverändert gehalten; Patient war und blieb von Rechts wegen Graf von Nellenburg — ein altes Geschlecht, das tatsächlich in der Gegend von Rorgenwies ansässig gewesen, aber schon viel länger ausgestorben ist, als Patient annahm —, jene Rorgenwieser Honorationen waren und blieben die Räuber seines Erbes, die massenmörderischen Verschleier der Wahrheit, die Anstifter seiner Zuchthaus- und seiner nunmehrigen Irrenanstaltsinternierung. Er selbst war absolut geistesgesund, Direktor und Ärzte pflichtvergessen. Eine Reihe schriftlicher Beschwerden führen das näher aus, sie sind formell korrekt und unauffällig, inhaltlich im Wesentlichen ja gleichartig, aber doch keineswegs stereotypisiert, die Durchführung recht temperamentvoll, geschickt, bisweilen direkt plausibel. Das gesamte Verhalten des Patienten war dem angemessen: gegen die Ärzte war er kurz, zurückhaltend, mehrweniger verdrossen und geladen, bisweilen entrüstet bis empört; gegen Personal und Mitkranke freundlich, korrekt und hilfreich. Nach anfänglichem Protest begann er in der Anstaltsschreinerei zu arbeiten und er ist mit einigen Pausen jahrelang dabei geblieben, einer der besten Arbeiter, der sich ständig verbesserte und vervollkommnete, fleißig, jovial, soweit seine Wahnideen nicht tangiert wurden, gefällig, stets bereit zur Arbeit wie zur feiertäglichen Zerstreuung. Er hatte eine Menge Kenntnisse und eine treffende Urteilskraft.

Unvermittelt brach da im November 1897, also mehr als zehn Jahre nach seiner Zuchthauspsychose, ein akuter psychotischer Zustand aus; nach schlafloser Nacht, für die Patient Halluzinationen zugab, begann er früh feierlich zu weissagen, nahm verzückte Haltungen an, vollzog bedeutungsvolle Handlungen, betete ununterbrochen laut, äußerte aktuelle Vergiftungsideen, verlangte Haarschneiden, da er wieder jung werde, arbeitete nicht, aß nicht — alles häufig unterbrochen durch impulsiv interkurrierende Innervationen dissoziativen Charakters: statt weiter zu beten schimpfte, johlte und sang er, aus fasziniertem Dasitzen heraus packte er einen Wärter an, eben noch zusammengekrümmt daliegend donnerte er an die Tür. Sehr früh ferner traten Unsauberkeit, Zerstörungstrieb und bis zum Befehlsautomatismus gesteigerte Suggestibilität auf. — Der weitere Verlauf, der sich über ein halbes Jahr lang florid erhielt, zeigte als psychisch beherrschendstes Symptom überaus wechselnde und dabei vielfach rekurrierende Halluzinationen aller Sinne: Patient bekam Gift und Mist, sah kleine Figuren, hörte seine Frau, den Erzbischof, den Metropolit, durchlebte hochnotpeinliche Gerichtsverhandlungen, wurde elektrisiert, mit Staub beworfen, Befehle wurden ihm zugerufen, das Zimmer brannte, die Zähne wurden ihm ausgerissen und andere eingesetzt, aus der Haut kamen Tiere, aus dem Kaffee Maden, Tiere und Rosse waren um ihn, sein Bruder gab ihm Gift, sein Schädel war verbeult, die Haare abgeschnitten, die Zunge kürzer, Füße und Finger wurden ihm verdreht, 40 mal 47mal waren ihm die Augen ausgestochen worden. Die psychische Abhängigkeit von diesen Halluzinationen war teils eine unmittelbare, kritiklos wie auf Diktat wahnbildende, teils blieb sie rudimentär, teils aber wurde sie energisch, mit Appell an die wirkliche Erfahrung, zurückgewiesen. Inkonsequent erscheinende Größenideen wechselten mit seiner wohlgeordneten paranoischen Genealogie. Mitten in allsinnig faszinierenden Halluzinationen konnte eine fast hyperprosektische Auffassungsfähigkeit bewahrt bleiben und ebenso zeigte sich Patient zwischendurch immer wieder zeitlich örtlich und personell ziemlich bis ganz genau orientiert. Häufig bestanden Personenverkennungen, die wieder und wieder rektifiziert immer mit unverminderter Überzeugungskraft auftraten, wie denn überhaupt der sprunghafte, überaus jähe Wechsel der Symptome, oft aber auch des Gesamtbildes sehr schön ausgeprägt war. Als zweites beherrschendes und allerauffälligstes Krankheitszeichen stellten sich katatone Bewegungen ein, reibende, zappelnde, schlagende Arminnervationen, die bis zum Wundwerden, bis zu schweißtriefender Erschöpfung stundenlang, oft tagelang fortgeführt wurden — ebenfalls unvermittelt einsetzend und wieder aussetzend. Öfters wurden sie jäh abgelöst durch affektive Zorneshandlungen, bisweilen traten sie vermisch mit Negativismus und Katalepsie auf, einmal setzten sie unmittelbar auf komponiertes Fortverlangen, Rede- und Antwortstehen als kolossalwelliger katatoner Gesamttremor ein. Im ganzen waren diese katatonen Bewegungen aber recht konstant in Form wie Zeitdauer, nicht immer abhängig, ja bisweilen scheinbar gänzlich unabhängig von den derzeit herrschenden Halluzinationen und Vorstellungen-

vorgängen. Der Wechsel lag mehr in dem Gesamtverhalten des Patienten gegenüber diesen seinen Innervationsanomalien; bald nämlich vollzog er dieselben mit einer Art heiliger Erbitterung, mit — wie er nachher gestand — zielbewußter Energie: um sich das Gift aus dem Leibe zu schaffen, um den Staub abzureiben, den Kot fortzuwischen; bald übte er sie befehlsautomatisch aus auf imperative Phoneme hin; oft aber auch stand er ihnen gegenüber vollkommen ratlos da, verblüfft, erschreckt, hypochondrisch beängstigt, den Arzt besorgt interpellierend, ob das etwa Epilepsie sei. Vereinzelt trat Echolalie auf, bewußtpsychisch abhängig von Echoassoziationen, sehr häufig dagegen Verbigeration wechselnd mit Mutazismus. — Von sonstigen psychischen Reizerscheinungen seien genannt — neben der mit Beten, Singen, Schmieren einhergehenden allgemeinen Agitiertheit — Trinkwunderlichkeiten, die sich gelegentlich als wahnhaft provozierte Schutzmaßregel entpuppten; Spracheigentümlichkeiten (Patient schnarrt das R, spricht saccadiert; in sonstigem Hochdeutsch plötzliche Dialektinseln); angedeutete Paramimie; Grimassieren. Vermißt wurde dagegen ein irgendwie länger andauernder Stupor; und das spezifisch „Subkortikale“ der echten Katatonie war meistens ersetzt durch eine teils geahnte, teils mehrminder vollbewußte Zweckmäßigkeit. Die Stimmung war ebenfalls labil, fast zirkulär: — präokkupiert, ergrimmt, entrüstet, stolz, empört, wütend bis zum Gewaltakt, protestierend, drohend, verfluchend und verzagt deprimiert, sozusagen revozierend, bereuend, büßend, ratlos, „Ich weiß nicht“, trostlos, verzweifelt, in Todesängsten — meistens direkt abhängig von den Sinnestäuschungen; aber keineswegs immer. Vielmehr entsprach die positive Stimmungslage sehr ausgesprochen dem Prävalieren der fixierten Größenideen (Graf von Nellenburg, ererbtes Recht, ererbte Schätze), die negative dagegen dem Übergewicht der Verfolgtheitsvorstellungen. Beispielsweise war Patient gegenüber dem halluzinierten Halsgerichtsverfahren bald der todesmutige Märtyrer, bald der zerknirschte Schächer. — Amnesie bestand nur für die Akme der Erregungszustände. Die Nahrungsaufnahme war mit wenigen Ausnahmen sehr gut. — Allmählich wurden die Halluzinationen immer zusammenhangsloser, sozusagen zweckloser, das Verbigerieren nahm maßlos zu, es traten verbigerierende Phoneme auf, ominöse Reimereien (Tronen — Millionen — Billionen), Paraphasien, inkohärente Mimik (Ataxie zwischen Noo- und Thymopsyche, wie man jüngst gesagt hat), Grenzlosigkeit der Expansionsideen (aus den zuerst einigen, später 100 Millionen des Schatzes wurden 700 Millionen und schließlich 4000 Millionen), schwachsinniges Lächeln und — was vielleicht bedeutungsvoll war — bulbärparalytische Sprache.

Es ist bedauerlich, daß es uns nicht möglich war, die überaus interessanten „katatonischen“ Zustandsbilder objektiver festzuhalten, als es eine noch so sorgsam abmalende Wortdarstellung zu tun vermag. Ich denke dabei an kombiniert phono- und kinematographische Aufnahmen. Für Lehrzwecke gibt es keine

besser einweihende Art der Wiedergabe. Im psychiatrischen und allgemein ärztlichen Interesse sollte die Möglichkeit für die großen Landesanstalten geschaffen werden, ihr reiches Krankenmaterial in der Erscheinungen Flucht festzuhalten und als eindeutigen Niederschlag aufzubewahren. Die subjektive Art der Krankengeschichte muß noch viel mehr, als es bisher geschieht, ergänzt und ersetzt werden durch objektiv schildernde Technik. Eine Zentrale, die befugt und gehalten wäre, den Landesanstalten mit Instrumenten und Technikern zur Hand zu gehen, würde diese Forderung erfüllen.

In Ermangelung von besserem sei mir die Wiedergabe eines Teils meiner damaligen Journalnotizen gestattet; sie beginnen mit dem Tage nach der akuten Eruption.

19. November 1897. War nachts trotz Paraldehyd unruhig. Liegt früh unter seinen Decken, schroff ablehnend: „Sie haben mir meine 12 Mark gestohlen. Lassen Sie mich in Frieden, ich will von Ihnen nichts wissen. Ich mein' überhaupt, Sie sind gar nicht der Dr. Fuchs, Sie sind, scheint's, der D.“ (ein gestern in seiner Gegenwart sehr störend gewesener Patient). Räsontiert dann in seinem bekannten, kurz angebundenen Verdrüßton weiter: daß man ihm Injektionen gemacht habe, daß die Wärter ihn angepackt hätten. Aber das Gericht stehe bevor. Hört daneben ganz genau, was man sagt und reklamiert sogleich in sehr entschiedenem Tone. Ist nur mit Auswahl, trinkt nichts. Abends Paraldehyd.

20. November. Finster ablehnend. Antwortet meist nichts.

22. November. Ziemlich unverändert. Grimmig präokkupiert.

23. November. Unruhig. Mit Stuhlgang unrein. Verändertes Bild, kleinmütig, verzagt, ratlos deprimierte Hast. Klammert sich angelegentlich an den Arzt: „Ich bin 'n wing verwirrt gewesen — ich weiß das nit genau. Ich möcht'n wing wieder in die Schreinerei — darf ich nit nüber? Klagender bittender Büßerton. „Ich hab' nie nit jemand was zu leide getan — warum macht man so was mit mir? Ich bin doch der beste Mensch von der Welt, ich tu keinem Menschen nix.“ (Was hat man Ihnen zu leide getan?) Ausweichend: „Ich will ins Feld gehen, wenn man mir nix mehr tut“; blickt starr mit trostlosem Ausdruck vor sich hin: „Ich will lieber auf der Stelle sterben, wenn Sie mich nicht ins Feld lassen. Ich will lieber meine Frau und Kinder wiedersehen, wenn sie da sind.“ (Sind die da?) „Man hat mir gesagt, sie seien da, sie haben mir gesagt, ich werd' wieder ganz jung“; ganz flehentlich, fast weinend: „Dr. Fuchs, verzeihen Sie mir, ich hab Ihnen Unrecht tun mit dem Geld, verzeihen Sie mir bitte. Ich bin 'n wing schwach — ich möcht' 'n warm Zimmer.“ (Sie sollen jetzt gute Tropfen bekommen!) „Ich will ja alles tun, wenn ich keine Tropfen mehr bekommen tu — ich muß ja

doch sterben, da ist's gleich"; leicht ratlos, wie mühsam sich sammelnd: „Sind Sie der Herr Doktor oder sind Sie der Herr Medizinalrat?“ (Wissen Sie das nicht?) Ausweichend: „Ich möcht' eben ins Feld, ich bin ja ganz raus, ich bin ganz entstellt.“ Gereichtes Wasser trinkt er erst sehr zögernd, in sonderbar kleinen Schlucken, dann auffallend rasch. Tief deprimiertes, schlaffes, widerstandslos kapitulierendes Gesamtbild. Nachmittags im Wachsaal, mit Stuhlgang unsauber.

24. November. Wieder alienierter. An seinen Aufenthalt im Wachsaal erinnert: „Ich weiß ja von nichts, daß ich oben war, daß ich mit Ihnen gesprochen hab'.“ Nach Einzelheiten befragt, mit unsicherem Zweifel, wie halb verträumt: „Ich glaube, Sie sind gar nicht der Dr. Fuchs, Sie sind der Dr.“

Viel unruhig umher im Einzelraum.

25. November. Nachts unruhig. Liegt früh starr auf dem Parkett und reibt unablässig in Kreisbewegung den linken Unterarm auf dem rechten Handrücken und rechten Unterarm, mit hastigem entschlossenen Ernst. Nach der Ursache befragt (mit feierlich erhobener Stimme): „Ich bin aufgenommen in den Orden der Freimaurer.“ Reibt dann, unterdes emporgerichtet, weiter. Wiederholt in rhythmisch taktmäßiger, scharf prononzierter Sprechweise: „in die Dritte, in die Dritte, in die Dritte, in die Dritte“ zahlreiche Male. Nach längerem Befragen kommt endlich: „in die dritte Abteilung des Ordens der Freimaurer.“ Blickt dann ratlos, gepeinigt umher, umklammert plötzlich hastig, angststotternd, flehend den Hauswärter Schw.: „Bruder Schw., nicht in die Hölle stürzen, nicht in die Hölle stürzen.“ Wirft sich wieder platt auf den Boden; als Wärter Br. ihn aufheben will: „Bruder Br., laß es geh'n, es ist so bestimmt und man darf mich daran nicht hindern“ in seherhaft überzeugtem, milde warnendem Tone des Gottgesandten. Befragt, warum er sich immer hinwerfe: „Ich weiß nicht, es wird mir immer befohlen.“

1. Dezember. Bisher dauernd alieniert, teils verwirrt-lebhaft, teils stuporös, total mutazistisch bis psychisch isoliert betend und perorierend. Zustände motorischer Spannung.

Injektionen von Scopolamin-Morphin beruhigen nur vorübergehend.

3. Dezember. Nachts wieder grob unrein. Umfassend halluziniert in allen Sinnen. Hat einen Brief der Seinigen ungelesen verschlungen: „Ich glaubte, ich müßte es tun. Es sollte mir davon die Offenbarung kommen —“ hört mitten im Satze auf, starrt nach oben.

4. Dezember. Rastlos umhergetrieben: „Meine Frau ist da — da oben am Fenster;“ deutet nach dem Obertürfenster, wird aber immer durch Sinnes-täuschungen abstrahiert. Auch Sensationsanomalien. Blickt mehrmals überrascht nach der Decke: „Ich weiß nicht, es regnet, scheint's, ich bekomme doch Tropfen auf den Kopf.“ Berichtet dann feierlich: „Es ist mir geoffenbart worden, ich soll zweiter Kaiser des Weltreichs sein, Bruder Friedrich von Baden soll der erste sein. Das jüngste Gericht naht. Aber es sollen noch viele gerettet werden und auch die Freimaurer, mein' ich, sollen noch gerettet werden.“ Sicher überzeugte gläubige Stimmung.

(Abends.) Kauert unruhig und ängstlich auf dem Nachtstuhl, blickt mißtrauisch im Zimmer umher: „Ich mein, da ist ein Kerl, der mir nachstellt.“

5. Dezember. Betet eifrig komponierte Gebete; dann plötzlich dazwischen: „Ach, wer ist es, der mich hindert? Ich meine, daß es meine Brüder sind, die mich hindern.“ Kein Zornaffekt, nur das ernste schmerzliche Klagen des Märtyrers. Betet weiter. Auf die direkte Frage: „Die Nacht war gut — und nicht wahr, ich komme bald fort?“ Tagüber wieder im Wachsaal zu Bett. Exspiriert abends heftig schnaufend aus der Nase: „Ich glaube, man hat mir was in die Nas' gesteckt, es riecht — es riecht — wie, wie Weihrauch glaub' ich.“ Will sich erst rasch auffahrend gegen die Injektion sträuben, läßt sie sich dann schmerzlich klagend gefallen.

6. Dezember: Weiter unruhig: betet auch nachts in monotoner Rastlosigkeit. Hier und da halb entrüstet, halb ratlos gegen seine Sinnes-täuschungen Front machend: „Immer will man mir die Betten entreißen. Ich kann ja bald nimmer sprechen; man will mich immer verwirrt machen.“ (Wer?) „Der — ich weiß nicht, er schwebt in der Luft; ich weiß nicht, wer das ist. Und da oben (auf das Obertürfenster zeigend) ich glaube, das ist mei Frau. Ich will ja gerne mit dir geh'n, aber ich habe geschworen, daß ich kein Weib mehr berühre. Es ist der Ratschluß Gottes, daß es mir jetzt so geht. Ich bin nicht der Fridolin von früher, der ist vergiftet worden und jetzt in mich verwandelt, (sieht sich plötzlich um, halb verblüfft, halb mißtrauisch:) Ich glaube, da wirft mich einer als; es tropft; es regnet, glaub' ich.“

7. Dezember. Umfassend halluziniert. Dauernd unruhig. Unrein mit Urin und Kot.

9. Dezember. Bewegt meist nur flüsternd die Lippen, betet konstant leise. Hier und da stereotype Bewegungen.

10. Dezember. Abends wieder im unter sich gelassenen Urin, starr vor sich hin blickend, die Lippen lautlos bewegend, den ganzen Körper halb starr, halb schlaff, auf dem Bauch liegend. Läßt sich wie ein Klotz aufheben.

12. Dezember. Wieder aktiver. Spricht energisch, mit Ernst und einer gewissen feierlichen Schärfe: „Ich möchte bitten, daß Sie mich verlassen, denn jeden Augenblick kann das Gericht Gottes kommen.“ Spricht dann rasch und „ideenflüchtig“ weiter, von Napoleon, von dem Kranken Z., von Gräfinnen von Hohenfels u. dgl. (Woher wissen Sie das alles?) „Das ist mir schon lange offenbart worden, als ich in den Entzückungen gelegen bin — schon in Bruchsal.“ Spricht feierlich wie vorlesend, prägnant, prononziert, in gewählter Aussprache, das r scharf schnarrend, jeden Satz mit „Und auch“ beginnend. Gleichzeitig macht er mit den Armen, deren Hände fest gefaltet sind, Kreisbewegungen in mahlender Art; zwischendurch taktiert er mehr vertikal, seine Worte gewissermaßen unterstreichend. (Warum diese Bewegungen?) „Ja, ich weiß selber nicht.“ (Warum?) „Es ist meine dumme Gewohnheit.“ Dann in verändertem Ton, energisch abbrechend: „Ich möchte Sie bitten, mich zu verlassen, denn es wird blitzen und donnern.“

Wirft die Decken, die man ihm wieder — er lag konstant entblößt, mit heraufgezogenem Hemd, nur die Schamgegend sorgsamst verhüllt, auf dem Rücken — übergedeckt, lebhaft ab: „Das darf ich nicht, es ist mir gesagt worden, ich sollte es fortwerfen. Wir werden in Frieden miteinander leben.“ Letzteres im milden, verheißenden Seherton. Man will ihn doch wieder bedecken; er wehrt sich: „Hören Sie nicht, es wird Einsprache erhoben — es ist der Metropolit, der Erzbischof von Freiburg. Bruder Br., laß es gehen. Es ist Gesetz Gottes, ich soll so liegen.“ Dann folgen wieder die mahelnden Armbewegungen. „Ich muß mich jetzt vorbereiten auf den Tod.“

13. Dezember. Spricht sich bereitwillig über seine Akoasmen aus. Unterbricht sich dann plötzlich: „Man gebe mir einen Becher Wasser.“ Trinkt durstig aus, verlangt zweiten, den er eigentümlich starr und forschend betrachtet; er macht leichte Bewegungen mit dem Becher und blickt auf die Reflexe des Wassers: „Ich mein', da ist Gift drin.“ (Warum?) „Sonst könnt' es nicht so zittern. Es geht zwar alles wieder aus meinem Körper 'raus, wenn ich Gift krieg' — durch die Winde und wenn ich den Magen reib' und durch's Rausblasen und ich mach' es einfach so“ (wischt und reibt mit der flachen Hand im Kreise auf dem Kopf herum, pustet heftig durch die Lippen; faltet dann wieder die Hände:) „Nehmen Sie das Wasser wieder — das ist Wasser vom Teiche Siloë.“ (Man gibt ihm den Becher wieder:) „Ja, da muß mir doch jemand was 'nein werfen“ (lebhafter umherschend:) „Da muß doch jemand im Zimmer sein! Was ist denn das, das Rappeln da, das Rasseln immer. Es ist immer, als wär' etwas hinne und fährt über mich hin und her. Wenn das Se. Kgl. Hoheit der Großherzog wüß', das würde sicher gerochen werden. Alles, was an mir gefehlt wird, wird gerächt werden.“ Bläst wieder aus dem Munde, als wollte er etwas fortpusten: „Ich weiß nicht, da ist mir eben wieder was in den Mund geworfen worden — hier muß doch jemand sein“; erregter werdend: „Ich meine, das müßt' der Oberwärter L. sein, ich mein', der kann sich unsichtbar machen. Ich bin doch kein schlechter Mensch, ich weiß nicht, das ist nicht recht; das ist doch 'ne Heil- und Pflege-Anstalt.“ Wird nach der Entstehung seiner durch stereotypes Reiben mit der Hand erzeugten Exkoriationen an Stirn und Nasenwurzel gefragt; erwidert ausweichend: „Das ist halt, wie ich mit dem Kopf gegen die Wand gestoßen bin, wie ich mich umgekehrt hab'.“ Blickt dann plötzlich um, zweifellos durch Akoasma veranlaßt; deutet mit dem Finger auf seinen Teppich, diesen anstarrend: „Sehen Sie, die Figur da, das ist meine ganze Familie, meine Kinder und meine Frau. Sehen Sie, so Figuren macht man mir alleweil vor —; jetzt sind sie wieder fort. Ich mein' als, der Oberwärter L. macht das. Und jetzt hör' ich wieder Beten und Singen und Orgeln in der Luft —; und sehen Sie, jetzt ist es wieder!“; deutet auf einen Teppich: da kommen Krieger mit Lanzen und Hunde und alles — mir scheint's doch, als wenn man mich verwirrt wollt' machen. Es geht etwas Sonderbares vor mit mir.“ Hatte wie amüsiert gelächelt, als er von seinen Visionen sprach. (Welches Datum?) „Bald Neujahr — oder Weihnachten“; bleibt bei Weih-

nachten. Beginnt dann wieder seine mahlenden Armbewegungen: „Das Gift muß raus.“ (Warum sind Sie oft ganz stumm?) „Ha, wenn ich den Mund aufmach“, wird mir was 'rein geschütt'; ich weiß der Teufel, was das ist — Teufel soll man zwar nicht sagen. Hören Sie jetzt die Musik nicht? — Bringt dann wieder komponierte Familienerinnerungen. Plötzlich entrüstet: „immer wieder will man mich packen und hinwerfen — ich glaube, das ist der Oberwärter L.“ (Warum der?) „Weil er mir's schon einmal so gemacht hat im Centralbau.“ (Warum haben Sie neulich die Fenstervorhänge heruntergerissen?) „Weil mir's einer gesagt hat, g'rad in's Ohr hat er mir's geflüstert, ich sollt's tun. Auch die Wärter sollt' ich anpacken: ich wär' stark genug.“ Mitten im Weitersprechen sich unterbrechend: „Schon wieder will man mich verwirrt machen — lassen Sie mich geh'n, Sie sind, glaub' ich, ein Zauberer. Es könnte Sie einer packen und an die Wand werfen — es sind auch noch hier, die auf meiner Seite sind.“ Als der Arzt seine Hand berührt: „Ich möchte mir verbitten, daß Sie mich noch mal anrühren, Sie sind ein Erzzauberer. Ich bin Bourbon, Graf v. Nellenburg.“ Berichtet dann seinen „Stammbaum“.

14. Dezember. War nachmittags kurze Zeit umhergelaufen, ohne ein Wort zu sprechen. — Liegt mit festgespannter Muskulatur, starr gefalteten und vor sich in die Höhe gestreckten Händen, zugekniffenen Augen, ohne auf Ansprachen irgend wie zu reagieren. Beim Versuch, die Arme ihm passiv zu bewegen, stellt sie Patient zweifellos willkürlich intensiv widerstrebend fest, gibt aber rasch nach und läßt sie dann in der gewählten über den Kopf gehobenen Stellung. Bei den Beinen gleichfalls erst starr kontrahierter Widerstand, dann geringes Nachgeben; plötzlich aber reißt er das Bein unwirsch wieder in die alte Lage hinab. — Kniephänomene lebhaft. Zugekniffene Augen. öffnet sie jedoch momentweise.

16. Dezember. So gut wie ständig stereotype Armbewegungen und mehrsinnige Halluzinationen. Zeitweise der ganze Körper in Spannung; schubweise anschwellende kloniforme Innervationserschütterungen: „es schüttelt mich halt“; „ich frier“; „damit die Hände glatt werden“. Häufige Beteiligung des Facialis.

17. Dezember. Läuft umher, ganz verändertes Wesen, schroff und rasch: „Guten Morgen, Herr Doktor. Ich bitte, mir einen Geistlichen zu besorgen. Man will mich verderben und ich möchte nicht ohne die heilige Kommunion sterben. Ich bitte Sie um Gottes Willen und ich bitte Sie noch einmal um Gottes Willen und ich bitte Sie noch einmal um Gottes Willen —“ sagt das wörtlich gleichlautend und in gleichem Tonfall noch fünfmal. Dann plötzlich in die Luft hinaus sehr bestimmt: „Dreimal drei ist neun — das geht dich nichts an“. (Was soll das bedeuten?) „Wenn ich Sie dreimal drei um Gottes Willen bitte, dann müssen Sie mich erhören.“ Wiederholt die verbigrative Bitte noch mehrmals.

Der Verlauf war der weiter vorn skizzierte. Ich gebe noch einige Notizen aus dem April und Mai, vier bis fünf Monate später:

5. April. Hat nachts den Einzelraum volluriniert (Warum das?) „'s ist halt, als wenn Feuer hier wär'. Ich hab' löschen wollen.“ Abends: Bittet um Beichtgelegenheit: er solle zerhackt werden, eines elenden Todes sterben von den Freimaurern und wolle nicht so dahinfahren.

6. April. Liegt früh zugedeckt auf Kissen, von seinen Bewegungstereotypen eingenommen, mit halb gramvoll flehender, halb mißtrauisch grimmiger Miene. Betrachtet Arzt mit langem Blick, ohne zu sprechen. Die beiden Fäuste stehen geballt nebeneinander vor der Brust und werden fortgesetzt in frontaler Richtung die Strecke von ca. 10 cm mit nicht ganz gleichmäßiger Geschwindigkeit (meist 160—200mal pro Minute) schüttelnd hin und zurück bewegt; bisweilen kurze Phasen, wo die Zwangsbewegung nur noch angedeutet fortarbeitet; dann wieder stärker. Beim Sprechen keine bestimmte Beeinflussung. Nach langer Pause: „Ich glaube, Herr Dr. Fuchs, Hochwohlgeborener Herr Dr. Fuchs, Sie sind es nicht! Wer sind Sie? Sie haben, scheint's, Mitleid mit mir, Ihre Augen sind ja feucht.“

6. April. Früh: fragt wieder, ob Arzt wirklich der Arzt sei: „Es kommt als ein Herr Dr. Fuchs, der ist nicht der wirkliche Herr Dr. Fuchs. Ich mein' als, das ist mein Sohn! Ach Gott, ach Gott, was ist das nur mit mir? Sie sprechen doch ein so reines Hochdeutsch, wie sollte mein Sohn dazu kommen? Manchmal kommt so ein Geruch von Ihnen.“ Ist nicht zu überzeugen.

7. April. Betet konstant laut und feierlich. Liegt später zugedeckt, außerordentlich schwitzend, sich fortgesetzt bekreuzend, verbigerierend: „Ich schwitze an den Füßen. Ich schwitze an den Füßen. Ich schwitze an den Füßen etc. etc.“ „Und drei sollt ich geschlagen haben. Und drei sollt ich geschlagen haben etc. etc.“ (Was heißt das?) „Ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht etc. etc.“ Klatscht dann rhythmisch auf die Hände, feierlich hersagend: „Ich habe etwas gesagt gegen den hochwohlgeborenen Herrn Dr. Fuchs. Ich habe etwas gesagt gegen den hochwohlgeborenen Herrn Dr. Fuchs etc. etc.“ Dann klagend: „Ach hätt ich das doch nicht gesagt. Nein, ich will es nicht mehr sagen. Ich will es nicht mehr sagen. Ich will es nicht mehr sagen etc. etc.“ „Und was hab ich gesagt. Und was hab ich gesagt. Und was hab ich gesagt etc. etc.“

10. April. Schroff ablehnend: Es seien Kinder im Bett, man spreche aus der Decke heraus. Fragt unwirsch, wer Arzt sei.

11. April. Berichtet, daß er fortgesetzt Gesang und Musik höre; singt nach, was er hört (leichte Liedermelodie). Es ist nicht durchaus auszuschließen, daß wirklicher Sinneseindruck. Stimmung ratlos erstaunt, grübelnd.

13. April. Schreit tief erregt: „Fort, Gott des Namen des Vaters. Um Gottes Willen. Um Gottes Willen. Um Gottes Willen. Lassen Sie mich bitte in den Sa— Saal gehen.“ Fortgesetzt tritt die zappelnde, schuckernde Bewegungstereotypie auf; ballt die Faust: „Um Gottes Willen, wenn mich doch nur einer festbinden tät!“ Hält dann mit der Bewegung inne, stiert horchend nach oben, empört losbrechend: „Bei Gott, es ist mein leiblicher Bruder! Der

Kerl hat all' das angerichtet. Er hat schon Jahre lang geh . . . mit seinen Töchtern, der hat mich auch angetrieben, dem Herrn Dr. Fuchs Grobheiten zu machen.“ Bekreuzt sich, krümmt sich wie schmerzgequält ganz zusammen, verzerrt schmerzlich Gesicht, wischt wild an den Füßen, ruft schroff nach oben antwortend: „Nein, ich bin nicht verloren! Der barmherzige Gott wird mich nicht verlassen;“ peroriert dann lange, stets mit „Und“ den Satz beginnend. Dann wieder: „700 Millionen sind es — die tät ich erben — Sie alle sollten davon kriegen! Denken Sie mal: 48 adlige Geschlechter — und alle sind mit mir verwandt.“ Berichtet dann ekstatischeindringlich von seiner Genealogie und deren Beziehungen zu den Habsburgern. Fragt plötzlich nach den jetzt in der Schreinerei schaffenden Kranken, es wird ihm gesagt: beim Namen L. fährt er auf: „Der L., der L., den kenn ich, das ist er! Das ist dann mein Bruder, der hat sich in den verwandelt, den sollt man doch packen!“ Berichtet dann jammernd alles, was der ihm schon zugefügt: „Und das Hemd hat er mir zerrissen — und jetzt will er mich wieder werfen, grad hinwerfen.“ Weint; dann plötzlich energisch: „Ich geh nicht zu den schwarzen Husaren.“ Betet dann; hierbei Reime wie „Tronen — Millionen — Billionen.“ Paraphasien in wechselnder Deutlichkeit. Betreffe seiner Bewegungsstereotypen und Unsauberkeiten befragt: „Es wird mir gemacht — ich weiß nicht.“

14. April. Früh schimpfend, unwirsch, dabei leidlich orientiert; nennt Arzt „Her Doktor“ ohne Hinterzweifel, meint, es sei „im Monat April“, „gegen Eade.“ Liegt ruhig da und schimpft auf einen Wärter, „den kleinen Wärter“: „Der ist an der Maschin' und macht, daß ich springen und mich drehen muß, was er denkt, daß 's mich verdrießt, das tut er.“ Erboste beschwerdeführende Stimmung. Keine motorische Stereotypie.

Abends: Liegt ganz verhüllt, schwitzt stark, betrachtet mich freundlich blinzelnd. (Warum so eingehüllt?) „Damit ich ins Schwitzen komm'; da gehen die unreinen Säfte heraus aus dem Körper.“ (Haben Sie solche?) „Ich mein's doch. Ich weiß selber nicht, wie ich darauf gekommen bin. Ich war halt im Halbschlaf.“ (Woran gemerkt?) „Ha — Sie sehen doch, daß ich jetzt auch im Halbschlaf bin.“ Macht zuckende Bewegungen mit der rechten Hand, bohrt plötzlich Kopf in Kissen: „Ja, Herr Doktor, Sie haben mir doch heute früh gesagt, es soll April sein. Es muß doch Mai sein, es ist doch schon so schön grün.“ Weiß, daß Nachmittag ist. Pupillen gleich eng. Reaktionen sehr prompt und sehr wenig ausgiebig (hat Opium).

15. April. Tief alieniert, macht seine stereotyp rappelnden ruckelnden Bewegungen, stöhnt, grunzt, betet, schweigt angesprochen, schnauft tief und pustet expiratorisch heraus. Brauen hochgezogen, tief quergefaltete Stirnfurchen und zwar links noch tiefer als rechts, so daß linke Braue höher steht. Kneift Augen negativistisch zu. Spasmus weicht willkürlich. Keine Flexibilitas cerera.

17. April. Ganz verwirrt, unzugänglich, starr und irr blickend.

18. April. Freier, leidlich klar: „ich war gestern verwirrt.“

19. April. „Die Glocken müssen 'raus! Droben in Rorgenwies liegen sie — bei der Kirch' vergraben.“ (Wer tat das?) „Im 30jährigen Krieg — eine Glocke — ich muß so lang' leiden wegen dem Geld, was dort liegt.“ Macht Kaubewegungen, ständig wiederholt. (Warum kauen Sie?) „Ich muß halten! Die Glocke wollen sie jetzt 'rausschaffen — ich muß halten d'ran — Herr Doktor, hören Sie denn das nicht? Jetzt wird wieder telephoniert — grad' jetzt sagt einer ‚Du dummes Luder‘.“ (Wer?) „'s ist mein Bruder — ist 16 Monate älter als ich.“ Dann wieder: „Glocke — die ziehen mich an den Füßen — die wollen mich fortreißen — in das Netz am Fenster. Ich möchte gern fort auf Blumenfeld. Jetzt bin ich 6 Jahre hier — 6 Jahr und 4 Monat.“ (Letzteres stimmt genau!) Schneidet verdrossene vergränte Gesicht, wie pressend, blinzelt.

20. April, vormittags. Voll Zorn und Ingrim. Will aus dem Zimmer, das voll Gift sei; läuft mit Kissen auf dem Kopf umher, will zuschlagen. Als ihm Injektion gemacht wird: „Jetzt wollt Ihr mich guillotiniern.“

Nachmittags: Freundlich, nennt mich komponiert „Herr Doktor“, will nur in andern Bau.

21. April. Liegt tief fasziniert, stereotyp rappend, betend, hilflos flehend und dann wieder horschend um sich blickend. ·

22. April. Wieder freier. Da allerlei Sensationen und Phoneme ihn wieder Entstellung seines Äußern fürchten lassen, wird ihm Taschenspiegel vorgehalten: keine Illusionen im Sinne des Argwohns!

23. April. „Ich bin nachts dreimal gestört worden.“ Spricht wieder von den Glocken, ganz komponiert, u. a.: Der Staat werde viel Geld und Besitz erhalten, „viertausendmillionen“. spricht von „Prinzessin“, „kaiserlicher Majestät“ in der Art seines alten Wahns; dann vom „Bergspiegel“ (Erinnerung an gestern?): „mit dem wollen mich die Rorgenwieser umbringen.“ Bittet dann, mit „um Gotteswillen“ verbigerierend, ihn aufzuklären.

2. Mai. In allen Sinnen halluziniert, sieht, fühlt und riecht den Staub, der ihm hereingeblasen wird.

3. Mai. Nachts wieder unruhig. Früh kleinlaut jammernd, stereotypes Zucken der Hand, Vorsichniederblicken, Kreuzschlagen. Abends: „Der Telephon geht immer zu — hören Sie nur;“ lacht: „Fridolin, du bist 'n Esel, hat's gesagt.“ Reißt seinen Verband (Furunkelchen infolge des Abwehrreibens gegen die Sensationen und gegen den „Staub“!) unbelehrbar herunter.

4. Mai. Nachts wieder unruhig. Wirft Kissen umher, vergießt Urin. Begrüßt Arzt: irrt dann horschend umher, dazwischen schwaches Grinsen: alles sei voll Staub, viele Menschen seien bei ihm, die solle man fortschicken. Hat geschwollene Füße.

6. Mai. Liegt früh wie verschlafen da, streicht und kratzt mechanisch am Kopf, spricht anfangs nicht, dann: er wolle in den Gang und herumlaufen. Richtet sich dann plötzlich energisch auf und beginnt seine Armstereotypien. Hat nachts an mehreren Stellen Verputz von der Wand losgerissen und war unsauber.

7. Mai. Steht total schweigsam, inmitten der eigentümlich aufgestellten Kissen, in der Ecke, den Daumen, ihn leise bewegend, an der Stirn.

Abends: „Ich wollte doch bitten, ich wollte doch bitten, ich wollte doch bitten“ etc. — „daß das Todesurteil an mir sollte vollzogen werden.“ In demütiger Bitterstellung mit gefalteten Händen, die er konstant rasch auf und nieder bewegt; schlägt kleine Kreuze auf dem Unterleib: „O und ich bin gottlos. O und ich bin gottlos. O und ich bin gottlos“ etc. etc. Rhythmus der Armstereotypie ca. 180. Puls 80—90.

8. Mai. Irrt in verzweifelter Erregung umher, verstellt die Tür mit Kissen. Abends empört, ratlos, weinerlich, läuft mit dem Nachtopf auf dem Kopf herum: „Das ist doch anfangs zu viel, daß man so angedreht wird.“ Kommt, obwohl nicht primär ablehnend, vor innerer Unruhe gar nicht zum antworten. Will hinaus, nach Haus, weint, drängt, krümmt sich, reibt, wischt, knetet, fühlt: „O Jesus Maria, o lieber Heiland! Füß und alles dreht man mir an. O lieber Heiland, so muß ich leben, schon so lange Zeit.“ Stöhnt, weint, blickt forschend Arzt an: „Ja, Sie sind doch nicht der Herr Dr. Fuchs, Sie schauen doch heute anders aus.“

9. Mai. Hat wieder Tür mit Kissen verrammelt, geht in die Teppiche gewickelt lebhaft umher, wehrt energisch ab, zornig, drohend, entrüstet: „Gehen Sie fort von mir — im Namen Gott des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes“; schlägt beschwörend Kreuz, wehrt immer dringender und heftiger ab. Nachmittags auf allen Vieren, mit Teppich über dem Rücken und tiefhängendem Kopf, nickt mit letzterem fortgesetzt heftig, so daß Gesicht kongestioniert, schweißfeucht und von aus der Nase hervorgeblasenem Schleim verunreinigt. Antwortet lange Zeit nichts, richtet sich dann auf, steht jammervoll, demütig-flehend da: „Ich möcht' doch um Verzeihung bitten.“ (Warum jene Stellung innegehalten?) „Wegen meiner vielen Sünden — ach Gott, ich möchte, daß mich der Herr Pfarrer besuchen tät', der Herr Pfarrer aus Emmendingen.“

Nachts meist unruhig, daher öfters isoliert. Hat wieder von der Wand losgerissen. Ist im ganzen gut.

12. Mai. Macht ununterbrechbar seine stereotyp auf- und niederfahrende Zappelbewegung mit den gefalteten Händen.

Im Anschluß an eine Veränderung der Umwelt folgte dann — nach wie gesagt halbjähriger Dauer der katatonischen Phase — ziemlich akut äußere Beruhigung. Doch blieb Patient zerfahren, energielos, untätig, schwachsinnig, durch unwahrscheinliche Personenverkennungen und konfuse Halluzinationen düpiert, von atrophischem Affekt, kurz eine Ruine gegen früher. Er starb nicht lange darnach, $\frac{3}{4}$ Jahre nach dem Ausbruch des zweiten akuten Schubes, fast 11 Jahre nach dem Ausbruch des offiziell ersten. Die Leichenöffnung wies nichts besonderes nach.

Zwischen beiden Katatonieschüben oder wenn man will: zwischen beiden akuten Psychosen liegt also eine scheinbar rein paranoische Zeit von über 10 Jahren. Und in der Tat ist während dieser ganzen Jahre der Gesamthabitus der Persönlichkeit so durchaus unverblödungspsychosenmäßig gewesen, daß auch heute noch, retrospektiv, die Diagnose Paranoia nicht nur per exclusionem gestellt werden muß. Nichts war vorhanden von den Demenzstigmata der Interessesschwäche, der Gedankenarmut, der gemüthlichen Verblödung, der Inkongruenz zwischen Vorstellung und Affekt, — von den weiteren Kardinalsymptomen vollends zu schweigen. Suspekt waren nur ganz vereinzelte Äußerungen: er habe selten schöne Geistesgaben, er sei ein fahrender Schüler — letzteres gänzlich unmotiviert —, der Arzt habe ihm 12 Mark gestohlen, mit welchem Argwohn ja allerdings die Schwenkung vom Erhabenen der Paranoia zum Lächerlichen der Demenz vollzogen scheint, suspekt waren vor allem die Wahnideen: dieses verfolgte Incognito-Grafentum, diese geheimnisvollen Schatzdepots, diese vor keiner Schandtat zurückschreckende Camorra von Rorgenwies — das sind allerdings höchst verdächtige Bausteine für ein scheinbar paranoisches Wahnsystem. Ich will damit nicht sagen, daß diese Abenteuerlichkeit der Wahnvorstellungen stets eine Bekundung von Schwachsinn sein muß; wohl aber dürfte sie den Intelligenzverfall vorhersagen. Indes noch deutlicher redet die psychische Genese dieser Wahnideen, über die ich noch gar nicht gesprochen habe; ihre Erforschung schlägt die Brücke zum akuten Destruktionsprozeß. Patient war ja wenig mittheilsam, immerhin ist sowohl von seiner Hand wie aus seinem Munde illustrierendes genug aufbewahrt. Danach stammt das Wahngebäude aus dem Jahre 87, aus der Zuchthauszeit, und ist geknüpft an zwei bestimmt bezeichnete Tagesdaten (15. August und 18. Oktober), an denen durch den hl. Geist in Gestalt einer feurigen Zunge, sowie durch den — nicht näher bezeichneten — „Bergspiegel“, durch göttliche bzw. zauberhafte Eingebungen also, dem Patient die Augen mit einem Schlage geöffnet wurden und zwar für Gegenwart, Zukunft und vor allem auch Vergangenheit gleichzeitig, so daß das Wahnsystem durch Erinnerungstäuschungen ab ovo autoritativ gestützt war. Seitdem haben sich

diese „Entzückungen“ oft wiederholt, wie es scheint, stets des Nachts. Die ganze Wahnbildung ist also rein hallucinatorisch, allerdings auf affektiv präpariertem Boden. Der Patient „erfährt“ — er gebraucht selbst mal dieses Wort — alles, er ergrübelt nichts. Das echt paranoische „Erwerben um es zu besitzen“ fehlt. Der Hervorhebung wert scheint mir zu sein, daß wie gesagt die psychopathische Produktion während der langen Jahre des Paranoikertums lediglich auf die Nacht beschränkt war: da kommen Tote, Geister mit feurigen Augen, die Muttergottes, Engel und Heilige, bestätigen ihm das Bekannte, enthüllen ihm neues, was sich homogen an den alten Wahnkern ankrystallisiert, lassen ihn örtlich und zeitlich Fernliegendes schauen, das Gefühl der Verzückung, der unbeschreiblichen Glückseligkeit durchdringt ihn. Alles wird kritiklos abergläubisch angenommen. Dabei war Patient niemals nachts unruhig, er berichtete gelegentlich selbst, daß er in diesen nächtlichen Zuständen ganz starr daläge. Wir werden also diese *délirs d'emblée* als faszinierende, den ganzen Zustand als abortiven hallucinatorischen Stupor aufzufassen haben. Man könnte als Pendant zur *Epilepsia nocturna* von einer *Katantonia nocturna* reden. In krassem Gegensatze hierzu ist von irgendwelchen Tageshalluzinationen während der ganzen wie gesagt dezzennienlangen Paranoiaperiode nicht das allermindeste auch nur zu argwöhnen gewesen. Auch während des vorhin geschilderten protrahierten katatonischen Erregungszustandes war gerade nachts die Unruhe sehr groß, es prävalierten nachts die Visionen, nachts kamen die eindrucksvollsten Verkündigungen, die penetrantesten, die plastischsten Gemeingefühlshalluzinationen, nachts brachte ihm Gift bei sein Bruder, der zuletzt als eigentlicher Leiter des Verfolgerbundes sich entpuppt hatte. —

Soweit reichte ursprünglich unsere Beobachtung und unser Aktenmaterial. Ich habe mir nun nachträglich die Akten des verurteilenden Landgerichts und des Zuchthauses kommen lassen und daraus ergibt sich mit starker Wahrscheinlichkeit ein höheres Alter der Psychose, als es bis dahin angenommen werden durfte. Eine in Wahrheit ausreichend gründliche Epimnese müßte natürlich noch weit umfassendere Erhebungen anstellen, als es uns möglich war, denn das aus früherer Zeit Bekannte ist summarisch

und nichtssagend. Erst die Straftat der Brandstiftung mit ihren nachfolgenden Verhören bringt einige und, wie mir scheint, wertvolle Belege. Zunächst waren schon die Begleitumstände jener Brandstiftung sehr auffallend: der zweifellos verschmitzte und auf galanten Pfaden routinierte Mann steigt in das Schlafzimmer einer verheirateten ehrbaren Frau ein, wo deren zwei kleine Kinder noch mit schlafen, legt sich nicht in, sondern unter das Bett und verhält sich hier so wenig ruhig, daß die durch eine Zeit von $\frac{3}{4}$ Stunden immer wieder aufmerksam gemachte Frau ihn schließlich sieht. Und zwar, wie sie bei der Zeugeneinvernahme angibt, ihn sieht auf dem Rücken liegend und ganz bettgerecht, also in einer Lage, die wir von den Katatonikern her satzsam kennen und in der wir uns auch unsern Patient am ungezwungensten für seine bei uns beobachteten Anfälle der Katatonia nocturna vorstellen. Auch der dem Fiasco folgende Racheakt der Brandstiftung entspricht an sich wie in seinen Einzelzügen eigentlich nicht dem sonstigen Charakter des Patienten. Nun hatte Patient allerdings im Laufe des vorhergehenden Nachmittags einem prolongierten Alkoholismus gehuldigt, und angezechet scheint er in der Tat gewesen zu sein: die Zeugen sagen: „ein wenig“; er selbst nennt sich „vollständig betrunken“ und bestreitet seine Zurechnungsfähigkeit, in einer späteren Eingabe ans Amtsgericht nennt er sich „halb verwirrt“ zur Zeit der Begehung der Tat und führt das auf schädliche Zusammensetzung des Bieres zurück. Als Angeklagter wahrt er natürlich sein Interesse; aber es ist doch sehr merkwürdig, daß noch am Morgen nach dem Vorfall der Untersuchungsrichter den zum Verhör erschienenen Täter wieder abführen ließ, wegen „seiner augenscheinlichen Betrunkenheit“; daß Patient nachts oder früh noch getrunken haben könnte, scheint nach Lage der Verhältnisse mit Sicherheit ausschließbar zu sein. Des weiteren hatte Patient bei der Voruntersuchung angegeben, daß er, seitdem er wiederholt „das Nervenfieber“ gehabt, hier und da im Kopfe nicht recht sei, und diese Erklärung erhielt er auch noch aufrecht, als sie ihm nichts mehr nützen konnte: dem Bezirksarzt, der ihn nach der Verurteilung auf Straferstehungsfähigkeit untersuchte, sagte er, er habe vor zwei Jahren einen Anfall von

Störung gehabt, von halbstündiger Dauer, wobei er nicht gewußt, was er tat. Wunderlich sind ferner selbstexkulpierende Angaben des Patienten von einem schon mehr als zweideutigen Entgegenkommen jener von ihm behelligten Frau, von einer Art Josephs-szene, die unbedingt jeder Realität entbehrt.

Das alles muß doch auffallend genannt werden. Selbst wenn man viel auf Rechnung von Beschönigung, Simulation, Alkohol in Abzug bringt, bleibt noch manches sonderbar. Dagegen zusammengehalten mit den nachherigen zweifellos psychopathischen Symptomen weist es auf einen organischen Totalzusammenhang meines Erachtens doch recht dringend hin. Sogar paranoische Züge haben schon damals gewetterleuchtet, das beweist vor allem ein Brief aus dem Zuchthaus, von Ende November 1886, also noch fast ein Jahr vor dem Ausbruch der Zuchthauspsychose, in welchem Patient u. a. sagt: „Ich sah schon lange dies Unglück über meinem Haupte schweben und konnte es doch nicht ablesen — ich hatte mit meinem Scharfblick die ganze Sachlage gründlich durchblickt, daß alles mir klar vor Augen lag, wie der Schein der Mittagssonne. Ich wußte nur zu gut, daß ich in die Hände meiner Feinde gefallen war und würdigte nicht einen einzigen Zeugen einer Antwort“. Hier ist bereits das der knospenartige Paranoia Eigentümliche vereint: das ahnungsvolle, expektative der Stimmung, die wahnhafte Klarheit und der paranoische Hochmut, die Matrix der Größenideen. Sehr schön ertönt, wie die errungene Gewißheit für sich allein schon ein solomanes Verhalten erzeugen kann. Von da bis zum Graf Tellenburg ist allerdings noch ein weiter Schritt, und dieser später durch die vis a tergo der halluzinatorischen Zuchthauspsychose oktroyiert worden.

Die letztere war also bestimmt keine Neuerkrankung, sondern akute Exacerbation und zwar wahrscheinlich nicht einmal erste. Der Hausarzt des Zuchthauses Bruchsal berichtet diese Phase, die etwa drei Monate Dauer hatte: „Er litt an Verfolgungswahn mit Wahnideen religiösen Inhalts, Nahrungsigelung und Depression des Gemüts. Er hatte Zeiten, in denen er tagelang nichts zu sich nahm, zu Bett blieb, den Urin nicht ließ und auf gar nichts reagierte; zu anderen Zeiten

war er dann wieder, abgesehen von seinen Wahnideen, ganz klar.“ Nähere Daten fehlen. Immerhin genügt das zu der Folgerung, daß die Ähnlichkeit mit dem bei uns beobachteten terminalen Erregungszustand eine mehr als äußerliche gewesen sein muß.

Es handelt sich also um eine Persönlichkeit, bei der erstens sicherlich dauernd eine mißtrauisch-geladene, in ihrer eigentümlich seriösen, unversöhnlichen Färbung pathologische Stimmungslage und zweitens wahrscheinlich zeitweise cirkumskripte psychotische Vorgänge obgewaltet haben schon lange Jahre bevor der Geistesranke sich als solcher zu erkennen gab. Sollten jene deliriösen Anfälle gar in sehr frühe Jugend, sozusagen als pathologische Keimvariation, zurückreichen, so würden die sonst als Erinnerungstäuschung zu deutenden Versicherungen des Kranken: er sei seit seiner Kindheit immer wieder Vergiftungsattentaten ausgesetzt gewesen, noch in besondere Beleuchtung rücken. Ein ungewöhnlich schwerer Anfall — die Zuchthauspsychose — ist dann nicht mehr per primam geheilt, sondern hat als psychisches Narbenkeloid einen stationären paranoischen Zustand zurückgelassen, in dessen Verlauf nur die nächtlichen Delirien den Charakter des ursprünglichen Prozesses markierten, bis endlich die große Schlußattaque die noch wohlgeordnete Psyche samt den paranoischen Errungenschaften zerrüttet hat; denn wohl auch bei längerem Weiterleben würde der konfuse Schwachsinn sich kaum noch wesentlich aufgehellt haben.

Die Frage der Rubrizierung unseres Falles hat seinerzeit überzeugte Stimmen laut werden lassen, welche den paranoischen und den katatonischen Prozeß als etwas ganz Wesensgetrenntes aufgefaßt wissen wollten. In der Tat ließ ja die Regel, nach dem Gesamthabitus der Psychose die Diagnose zu stellen, gerade in unserm Falle vollständig im Stich; denn der Totaleindruck der Persönlichkeit war bis zum Tage der katatonischen Katastrophe ein überzeugend echt paranoischer. Hier hat erst die eindringliche Sichtung Beziehungen ergeben und damit den Wert des Einzelsymptoms wieder zu Ehren gebracht.

Die Diagnose: Paranoia plus Katatonie ist nicht aufrecht zu erhalten. Wohin aber diagnostisch mit einem solchen Falle?

Für mich ist es zweifellos, daß die Psychose von vornherein eine maligne gewesen ist. Indes, was nützt uns diese prognostische Diagnose, selbst wenn sie nicht erst wie hier rückwärts prophezeit, gegenüber solchen Überraschungen durch dezennienlange gründlich andersgeartete „Intervalle“! Ganz ungelöst ist ja die Frage, warum unser Fall nach der Zuchthausexacerbation nicht ganz oder mit Defekt im gewöhnlichen Sinne geheilt, warum er nicht verblödet ist, sondern warum er unter langdauerndem Wohlbefindensein des Intellekts paranoisch reagiert hat. Das vorher zu wissen ist ja namentlich auch für die wirtschaftliche Prognose eines Falles von größter Bedeutung. Vermutlich liegt die Erklärung in der Individualität, weniger in der bewußten, der apperzeptiven Seite von Intellekt und Wille — also für unsern Kranken etwa in der zugleich energisch-praktischen und grüblerischen Wesensart —, sondern vielmehr in der konstitutionellen Widerstandsfähigkeit, die sich in den unterbewußten ständig balancierenden und modellierenden psychischen oder besser hirnpfysiologischen Umwertungsvorgängen ausdrückt und in individuell greifbarer Weise zu Tage tritt in der Art der Affektverdauung und der Erinnerungsgestaltung. Für unsern Fall liegt vielleicht die Hauptursache in der baldigen Rückkehr ins Leben, und es wäre bei langjähriger Zuchthausstrafe, bei längerer Einzelhaft anders gekommen.

Es würde eine lohnende Aufgabe sein, die sogenannten atypischen Fälle, ihr psychisches Tag- und Nachtleben bis hinein in die Traumtechnik, aufs sorgfältigste gerade für die noch gesunde Zeit zu erforschen in ihres Wesens Wurzeln, in ihren spezifischen Reaktionseigentümlichkeiten, ihren psychischen Alexinen und ihrer Selbstimmunisierungskraft. Hier könnte der psychiatrische Schularzt sich verdient machen. Die Hoffnung scheint nicht ungerechtfertigt, daß daraus der Kunst der individualisierenden Prognose wie der psychiatrischen Prophylaxe im allgemeinen und im einzelnen nutzbare Wegweiser ersprießen werden.

Meinem verehrten Chef, Herrn Medizinalrat Dr. Haardt, spreche ich für die gütige Überlassung des Falles ergebensten Dank aus.

Über das Bewahrungshaus in Düren.¹⁾

Von

Dr. Flügge, III. Arzt der Rhein.-Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Düren;
jetzt Oberarzt in Grafenberg.

Meine Herren! Der 40. Rheinische Provinzial-Landtag ist seit Beschlußfassung über die Errichtung der fünf großen Provinzial-Anstalten in Andernach, Bonn, Grafenberg, Düren, Merzig, für die Entwicklung des rheinischen Irrenwesens wohl der bedeutendste und nutzbringendste gewesen. Der Bau zweier neuen, großen Anstalten, die Erweiterung von Merzig und Grafenberg, die Errichtung einer besonderen Abteilung für irre Verbrecher bei der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Düren, Maßnahmen administrativer Natur, insbesondere zur wirkungsvollen Hebung des Pflegepersonals wurden zum Beschluß erhoben, sodaß dieser Landtag als ein Markstein in der Fürsorge für die Geisteskranken unserer Provinz für alle Zeiten dastehen wird.

Wir wollen uns in folgendem nur mit der Abteilung für irre Verbrecher an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Düren befassen.

Die Errichtung dieser Station entsprang, wie es in den Anlagen zu den Sitzungsprotokollen heißt, der Erkenntnis, daß die Vermischung von irren Verbrechern, von Mördern, Einbrechern, Straßenräubern usw. mit schuldlosen Kranken eine Inhumanität gegen die letzteren, eine Beleidigung der Geisteskranken wie der Angehörigen darstelle und in vielen Fällen durch die Notwendigkeit strengster Vorsichtsmaßregeln gegen Fluchtversuche die Aufgaben des Krankenhauses in die eines Zuchthauses umwandle.

¹⁾ Vortrag, gehalten im Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz am 13. Mai 1903.

Man plante zunächst einen größeren Bau für 80 Insassen; der Provinzial-Ausschuß gelangte aber schließlich dazu, einen Pavillon für 48 Köpfe vorzusehen; angestellte Erhebungen bei den bestehenden Anstalten hatten ergeben, daß die Entfernung von 24 irren Verbrechern und 21 verbrecherischen Irren, also von 45 Männern beider Kategorien, als unbedingt notwendig im Interesse der übrigen Patienten und einer freien, zwanglosen Behandlung der letzteren erachtet wurde. Die weiblichen Individuen dieser Art konnten ihrer geringen Zahl wegen außer Betracht bleiben. Wohin nun mit diesen üblen Elementen? Eine zur Lösung dieser Frage zusammengesetzte Kommission gelangte zu dem Schlusse, daß die Anlage eines Adnexes an eine bestehende Anstalt, sei es Gefängnis, Korrekptionsanstalt, sei es Irrenanstalt, das Empfehlenswerteste sei. Der Staat hält sich aber nach dem jetzigen Stande der Gesetzgebung nicht verpflichtet, für die irren Verbrecher, welche aus der Strafhaft entlassen sind, bzw. deren Strafhaft abgelaufen ist, weitere dauernde Fürsorge zu treffen. Die Arbeitsanstalt Brauweiler war bereits zu groß geworden und konnte eine Erweiterung nicht mehr vertragen; von den Pflegeanstalten, für deren Wahl besonders Herr Geheimrat Dr. *Oebeke* eintrat, konnte Ebernach, welches allein in Betracht kam, wegen zu vieler nötiger Umbauten und zu hoher Forderungen seitens der Brüder nicht benutzt werden. Für Grafenberg und Merzig waren bereits anderweitige Erweiterungen in Aussicht genommen, Bonn erschien zu viel durch klinische Zwecke belastet, Andernach schied aus wegen Beibehaltung der ersten und zweiten Verpflegungsklasse, und so blieb denn nur Düren übrig, dessen Provinzial-Anstalt der neue Bau angegliedert wurde in Gestalt eines von der Hauptanstalt völlig abgetrennten Pavillons. Dieser präsentiert sich als stattlicher Backsteinbau mit zwei seitlichen, nach hinten ausladenden Flügeln. Mit Ausnahme des Mittelbaues, welcher dreigeschossig ist und im obersten Geschosse die Wohnung eines Assistenzarztes und eines Stationspflegers, sowie das Magazin enthält, ist das Gebäude zweigeschossig durchgeführt. Zwei große, voneinander getrennte, durch eine 4½ m hohe Mauer abgeschlossene Höfe schließen sich nach hinten an und werden durch die erwähnte Mauer von einem unmittelbar daranstoßenden öffent-

lichen Wege getrennt, worauf später noch zurückzukommen ist. Über die innere Raumverteilung ist kurz zu erwähnen, daß der Mittelbau, abgesehen von den bereits genannten Räumen des dritten Geschosses, in den übrigen beiden Etagen nach vorne Treppenhaus, Küche, Pflegerzimmer, bezw. Besuchszimmer, nach hinten je einen großen Arbeitssaal enthält. Durch den Mittelbau wird auf jeder Etage die Trennung in zwei seitliche Abteilungen bewirkt, sodaß sich eine Trennung der Insassen auf vier Abteilungen ermöglichen läßt. Jeder dieser Abteilungen stehen zwei Schlafsäle mit je sechs Betten, ein Aufenthaltsraum, sowie in den Seitenflügeln, in der Flucht des Korridors gelegen, vier Isolierräume zur Verfügung, sodaß im ganzen deren 16 vorhanden sind. Abort und Pissoir befinden sich ebenfalls auf jeder Etage eines Seitenflügels und sind vom Korridor aus zugänglich; je ein Badezimmer mit zwei Wannen ist oben wie unten im rechten Seitenflügel untergebracht. Zentralheizung, Beleuchtung (Gas), Ventilation etc. entsprechen den Anforderungen der Neuzeit, die Verbindung mit der Zentralanstalt und umgekehrt erfolgt auf telephonischem Wege.

Was die Festigkeit der Zellen, Sicherheit der Gitter, Zuverlässigkeit der Schlösser anlangt, so hatte man bei Erstellung des neuen Hauses wohl zu sehr dem Zuge der Zeit Rechnung getragen, der für Anstaltsbauten heute maßgebend ist, und die Gefährlichkeit der künftigen Insassen zu niedrig eingeschätzt. Die letzteren haben jedoch gründlich dafür gesorgt, den Glauben an ihre Harmlosigkeit zu erschüttern; ihr jeder Beschreibung spottendes Verhalten der ersten Zeit hat zur Genüge bewiesen, daß für diese Art Leute nichts fest genug gefügt und gesichert sein kann. Sie selbst haben es sich zuzuschreiben, daß neue Mauern sich um sie türmten, die Fenster fester vergittert werden mußten, das Ganze statt des ursprünglich freundlichen Aussehens einen mehr gefängnisartigen Anstrich bekam. Ihr jetziges Lamentieren und Räsionieren darüber kann uns kalt lassen; sie haben es eben nicht anders gewollt.

Ein umgekehrter Verlauf der Dinge wäre vielleicht für die Stellung der Ärzte den Kranken gegenüber ungünstiger gewesen, wenn ein dauernd gutes Verhalten der Insassen in keinem Ver-

hältnis zu den außergewöhnlichen Sicherheitsmaßregeln gestanden hätte; beständig würde man dann wohl den Vorwurf zu hören bekommen haben: „Warum sind wir so besonders eingesperrt und bewacht, da wir doch nicht anders geartet sind, als andere Kranke?“ Wenn auch teuer erkaufte, so ist es doch als ein Gewinn zu betrachten, daß jetzt keiner der Insassen die Stirn hat, zu behaupten: „Das haben wir nicht verdient.“

Daß üble Erfahrungen gemacht werden mußten, nicht ausbleiben konnten, war vorauszusehen. Meine Beobachtungen, die ich vor dem Beziehen des neuen, bereits fertiggestellten Hauses auf einer vierwöchigen Informationsreise im Auftrage der Provinz im Jahre 1899 gesammelt und in einem ausführlichen Bericht bei der Zentralstelle niedergelegt habe, waren derart, daß unser Adnex, wie er damals war, nicht den Vergleich in bezug auf Festigkeit und die Gewähr sicherer Gewährung der Insassen aushalten konnte mit den gleichem Zwecke dienenden Bauten der von mir besuchten Anstalten Herzberge, Nietleben, Dalldorf, ganz abgesehen von denen in Moabit, Waldheim, Tapiaw, die an Zuchthäuser bzw. Korrekptionsanstalten angegliedert sind. Damals habe ich auf die zu leichte Bauart der Zellen (Linoleum-Fußbodenbelag, leichte Türen, gewöhnliche, allerdings vergitterte Fenster, auf den Mangel genügender Umfassungsmauern etc.) hingewiesen und die sich daraus mit Sicherheit später ergebenden Unzuträglichkeiten in, wie es mir damals selbst vorkam, ziemlich schwarzen Farben geschildert. Die Tatsachen haben meine derzeitigen Darlegungen jedoch vollauf bestätigt, wenn nicht übertroffen.

In der dankenswertesten Weise war die Provinzialverwaltung jedoch bemüht, jeden sich zeigenden Übelstand zu beseitigen; sie hat keine Kosten, und es waren recht hohe, gescheut, zum Teil durch eingreifende bauliche Veränderungen, durch kräftige Verstärkungen an den Gittern, durch Sicherungen an Türen, Toren und Fenstern Verhältnisse zu schaffen, die der Eigenart der Insassen des Hauses entsprachen und eine möglichst sichere Bewahrung derselben gewährleisteten, sodaß jetzt das „Bewahrungshaus“ hoffentlich seinen Namen mehr rechtfertigen wird, als anfänglich, wo wir ziemlich häufig Entweichungen zu verzeichnen hatten.

Jetzt ist das Bewahrungshaus fast drei Jahre in Betrieb und geziemt es sich wohl, Bericht zu erstatten über dieses in der Rheinprovinz neue und eigenartige Glied der Irrenfürsorge. Aus meinen bisherigen Darlegungen haben Sie, m. H., schon ein Bild bekommen, mit welcher Qualität von Geisteskranken wir es zu tun haben. Das Bewahrungshaus ist bestimmt zur Aufnahme von irren Verbrechern und der nicht minder lästigen und gefährlichen verbrecherischen Irren, sowie solcher Geisteskranker, die mit ausgesprochener verbrecherischer Neigung behaftet sind. Naturgemäß können bei der verhältnismäßig nur geringen Belegungsfähigkeit für 48 Köpfe aus diesen Kategorien (im Januar 1896 befanden sich 137 Kranke dieser Art in rheinischen Anstalten) nur die schlimmsten und unbändigsten, in den gewöhnlichen Anstalten nicht zu haltenden Elemente zur Aufnahme kommen. Am 7. August 1900 erschienen die ersten sieben Kranken aus Grafenberg, in den nächsten Tagen die aus andern Anstalten angemeldeten Patienten. Am 27. Juli 1902 war der Etatssatz bei einem Bestand von 49 um einen Kopf überschritten. Die Gesamtaufnahmen beziffern sich auf 68; acht Kranke wurden direkt aus Strafanstalten zugeführt. 21 Entlassungen fanden statt, davon wurden als nicht geisteskrank zwei befunden und zur weiteren Strafverbüßung abgegeben, vier genasen, einer wurde als gebessert in Familienpflege entlassen, zwei auf ihren Wunsch in eine andere Provinzial-Anstalt zurückversetzt zur nochmaligen Untersuchung auf ihren Geisteszustand, einer wurde von der Ortspolizeibehörde als ungeheilt abgeholt und in eigene Pflege genommen. Acht Entweichungen kamen vor, hauptsächlich im ersten Betriebsjahre. Von den drei Gestorbenen endete einer durch Selbstmord — er erhängte sich —, ein anderer durch einen Unglücksfall, indem er von einem Mitkranken aus Scherz aus dem Bett geworfen wurde, wobei er eine Fraktur des dritten Halswirbels davontrug und nach zehn Stunden starb.

Nach der Eröffnung der Irrenabteilungen an den Gefängnissen Köln und Münster wurden die fünf noch im Strafvollzug befindlichen Kranken nach dort übergeführt, drei andere, die anfänglich noch Strafe verbüßten, wurden alsbald aus dem Strafvollzug entlassen, sodaß keiner der Bewahrungshäuslinge zur Zeit noch Straf-

gefangener ist. Von den insgesamt Aufgenommenen litten 47 an einfacher Seelenstörung, 14 an Imbezillität, einer an Paralyse, zwei an Seelenstörung mit Epilepsie, zwei erwiesen sich, wie schon erwähnt, als nicht geisteskrank und bei einem ist die Frage, ob Simulation oder Geisteskrankheit vorlag, nicht genügend geklärt worden.

Erblich belastet waren 24; unter diesen spielt als belastendes Moment der Trunk eine Rolle bei sieben, indem Vater oder Mutter, oder beide Alkoholisten waren, Selbsttrinker waren elf, unehelich geboren zwei. Bei einem wird Kopfverletzung, bei einem langdauernde Isolierung als Krankheitsursache angegeben. — 36 Prozent der Gesamtaufnahmen waren mithin erblich belastet, 16,4 Prozent Trinker; wahrscheinlich entsprechen diese Prozentsätze jedoch nicht der Wirklichkeit und müssen als zu niedrig angesehen werden, da bei vielen unserer Patienten anamnestiche Daten dieser Art nicht vorlagen und aus ihnen selbst nicht herauszubekommen waren. Schon vorher in Irrenanstalten behandelt, zum Teil zu wiederholten Malen, waren fast alle. Sämtliche überhaupt im Bewahrungshause zur Aufnahme gekommenen Kranken waren bereits vor dem Beginn der Geistesstörung mit dem Strafgesetzn Konflikt gekommen, gehörten und gehören also durchgehends der Kategorie der irren Verbrecher an. Verbrecherische Irre, teute, die erst nach Ausbruch der Krankheit eine dem Gesetz widerstreitende Handlung begangen haben, oder infolge der Geisteskrankheit zu Gesetzbrechern wurden, kann das Bewahrungshaus, wie bereits gesagt, ebenfalls aufnehmen, falls ihre Entnung aus andern Anstalten für dringlich erachtet wird. Man verge jedoch niemals vergessen, daß diese Kranken vorher schuldwaren, und ihre verbrecherischen Neigungen und Handlungen t der Ausfluß ihrer Erkrankung sind, und für letztere wird sie h niemand verantwortlich machen wollen. Die Überweisung verbrecherischen Irren in das Bewahrungshaus bedarf daher besonders peinlicher und genauer vorheriger Prüfung, falls berechnigte der Angehörigen und der Kranken selbst gegen das Zumenwerfen mit notorischen Gaunern und Spitzbuben ausbleiben n. Jede Überweisung in das Bewahrungshaus erfolgt übrigens h den Herrn Landeshauptmann, nachdem das gesamte Akten-

material des zur Aufnahme Vorgeschlagenen dem Herrn Landespsychiater zur Begutachtung auch nach dieser Richtung hin vorgelegen hat. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme ist bei keinem unter einem Jahre anzunehmen, die meisten waren schon mehrere Jahre krank. Betreffs Qualität der Gesetzesübertretungen stellt sich eine reiche Musterkarte von Delikten dar, von Bettelei, Landstreicherei, Mißhandlung bis zum Straßenraub, Einbruch, Meineid, Totschlag und Mord. Unerheblich vorbestraft mit Haft oder Arbeitshaus waren nur zwei, wiederholte Gefängnisstrafen hatten verbüßt 21, langjährige Zuchthaus- und Gefängnisstrafen hatten 42 hinter sich, einer wurde zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt, zwei hierzu begnadigt, nachdem sie wegen Mordes vorher zum Tode verurteilt worden waren. — Als Gewohnheitsverbrecher können wir, wenn man solche Individuen, die viermal und öfter mit Gefängnis oder Zuchthaus bestraft sind, als solche ansehen will, die große Mehrzahl aller Aufgenommenen bezeichnen, unter diesen wieder findet sich eine Anzahl gewerbsmäßiger Verbrecher. Wie gewöhnlich, so stellten auch hier die Imbezillen das größte Kontingent zu den Gewohnheitsverbrechern und den sogenannten „Verbrechernaturen“, die erblich belastet, von Jugend auf verkommen und verwahrlost, durch Milieu und schlechte Gewöhnung in ihren verbrecherischen Trieben unterstützt, hinsichtlich ihrer ganzen Persönlichkeit und der Art der von ihnen begangenen Verbrechen die ziemlich sichere Voraussage stellen lassen, daß sie in der Freiheit keinen Bruch der Gesetze scheuen und auch vor den schwersten und abscheulichsten Verbrechen nicht zurückschrecken werden. Als Affektverbrecher kann höchstens nur ein einziger angesehen werden.

Von den 47 als einfache Seelenstörung bezeichneten Fällen kommen einige auf Rechnung der Dementia praecox mit ihren verschiedenen Formen. Stimmungsanomalien, Exaltations- und Depressionszustände periodischer Natur kamen ebenfalls einige Male zur Beobachtung; den breitesten Raum nahmen aber die paranoischen Zustände bis zum ausgesprochenen Bilde der reinen Verrücktheit mit systematisiertem Verfolgungs- bzw. Größenwahn und Sinnestäuschungen aller Art ein. Von letztgenannter Art sind besonders drei querulierende Paranoiker hervorzuheben.

Wie hat sich nun die Zusammenhäufung solcher Elemente unter einem Dache, ihre Behandlung und Bewachung gestaltet? welche Erfahrungen haben wir gemacht, welche neuen Gesichtspunkte haben sich erschlossen, welche Ausblicke für die Zukunft eröffnen sich uns?

Die ersten Wochen des Betriebes verliefen äußerst ruhig und gleichmäßig, ohne jede Störung. Die Versetzung aus den alten Verhältnissen, die neue Umgebung, die schönen, luftigen Räume, die ganze Einrichtung, die man sich wohl anders vorgestellt haben mochte, übten eine günstige Wirkung aus. Ein jeder war zufrieden, lobte alles, war fleißig, nett und harmlos; das Rapportbuch zeigte wochenlang in der Rubrik „Besondere Vorkommnisse“ keine Eintragung, so daß schon optimistische Regungen bei den Ärzten sich geltend machten. Allmählich wurden die Kranken in ihrem neuen Heim aber warm, der Reiz des Neuen entschwand, sie besprachen unter sich ihre veränderte Lage und glaubten zu dem Ergebnis gekommen zu sein, daß sie aus dem Regen in die Traufe gelangt wären. Mißmut und Verdrossenheit stellten sich ein, und eines Tages änderte sich das Bild mit einem Schlage. Ein Halluzinant trat in plötzlich ausbrechender Erregung einige Türfüllungen ein und bedrohte mit den Holztrümmern Ärzte und Pfleger. Sofort hatte er die sämtlichen auf derselben Abteilung befindlichen Mitkranken auf seiner Seite, sie hetzten ihn durch anfeuernde Rufe zu immer neuem Tatendrang an, schrien, lärmten, höhnten, riefen Hurrah und suchten die Ergreifung und Unschädlichmachung des Tobenden auf jede Weise zu verhindern. Exzesse aller Art, wüstes Zerstören und Demolieren häuften sich nun in wahrhaft erschreckender Weise, die Kranken hatten während der Tage ihres ruhigen Verhaltens die *loci minoris resistentiae* des Hauses und seiner Einrichtungen aufgespürt, um jetzt die Kenntnis dieser nach Kräften zu verwerten. Die zu schwachen Gitter wurden auseinandergebogen, was zu Entweichungen führte, offenliegende Röhrenleitungen abgerissen, Verschraubungen gelöst; ganze Eisenteile, Stangen, Klammern, Nieten und Nägel waren plötzlich verschwunden und trotz allen Suchens nicht wieder zu finden; daß sie versteckt waren, sagten uns die höhnischen Blicke der Kranken, und daß diese Dinge als Angriffs- oder Ausbruchswerkzeuge dienen sollten, sagten wir uns selbst.

Wo blieb aber die Aufsicht, wird man fragen, wie war es möglich, daß derartiges unbemerkt geschehen konnte? — Das Zusammenknebeln der Gitterstangen vollzog sich nachts in den Schlafsälen, wo keine Pfleger, aus naheliegenden Gründen, schlafen, in ganz geräuschloser Weise, so daß auch die Nachtwache nichts Verdächtiges bemerken konnte. Die Möglichkeit des Gewinnens und Versteckens von Eisenteilen usw. wird erklärlich, wenn man bedenkt, daß diese geriebenen Leute planmäßig mit verteilten Rollen, in wohlüberlegter Weise vorgehen, einer dem andern den Rücken deckt und in die Hände arbeitet, daß man die Aufmerksamkeit des Pflegers im gegebenen Augenblicke abzulenken versteht, und daß vor allen Dingen dieser Kaste eine taschenspielerartige, aus langer verbrecherischer Gewöhnung erworbene Gewandtheit und Fingerfertigkeit zu Gebote steht. Wenn wirklich ein auch schon älterer Irrenpfleger durch solche Zuchthauskniffe und raffinierten Triks sich gelegentlich übertölpeln ließ, so kann man ihm das nicht zur Last legen, die Neuheit des eigenartigen Krankenmaterials brachte das mit sich.

Warum legte man denn solche aufhetzerischen oder zerstörungssüchtigen Menschen nicht allein? es standen doch 16 Isolierzellen zur Verfügung, wird man weiter fragen. — Ja, isolieren konnten und taten wir auch, dann fing die Not aber gewöhnlich erst recht an, indem die zu schwachen Einzelzimmer völlig demoliert wurden. Man verbarrikadierte die Türen mit den Trümmern und drohte, mit abgerissenen Fensterflügeln und dergl. jeden Eintretenden niederzuschlagen. Schließlich waren Ärzte und Pfleger froh, wenn sie den tobenden, mit Holz und Eisenstangen um sich schlagenden Kranken glücklich wieder aus der Zelle heraus hatten, ohne daß größeres Unheil an Leib und Leben entstanden war. In verschiedenen Fällen konnten wir uns nicht anders helfen, als daß wir mit der Feuerspritze voringen; dieselbe wirkte auch gut, stellt aber wahrlich in der Zeit des no restraint und des Öffentürsystems eine eigentümlich berührende ärztliche Anordnung dar.

Meine Herren! Ich will Sie nicht weiter mit der Ausmalung derartiger Szenen, die durchaus nicht zu den Seltenheiten gehörten, behelligen, es genüge zu sagen, daß ein vollständiger

Umbau der Zellen, sowie sonstige Verstärkungen, wie schon vorher dargelegt, nötig wurden. Um diese eingreifenden baulichen Veränderungen zu bewerkstelligen, mußte das Bewahrungshaus evakuiert, die Insassen in die Zentralanstalt verlegt und dort verteilt werden. Die schlimmen Eigenschaften derselben traten im Verkehr mit ruhigen, harmlosen Kranken weniger hervor, die gegenseitige Ansteckung fehlte eben. Aus den Reihen der schuldlosen Patienten wurden fast keine Klagen (der einzige Beschwerdeführer war selbst vorbestraft) laut über die Zugesellung einer so großen Anzahl bestrafter Individuen, die allerdings schlaue genug waren, mit ihrer verbrecherischen Vergangenheit nicht zu renommieren. Ob dies so geblieben wäre, erscheint allerdings zweifelhaft. Wiederholt konnten wir die Erfahrung machen, daß eine Versetzung in das Bewahrungshaus einen ungünstigen Einfluß nicht nur auf das äußere Verhalten des Kranken, sondern auch auf den ganzen Verlauf der Psychose ausübte. Ein Kranker, dessen Versetzung in die Zentralanstalt aus therapeutischen Gründen notwendig wurde, besserte sich hier zusehends, um sofort wieder rückfällig zu werden, wenn die Rückversetzung in das Bewahrungshaus erfolgte. Da er schließlich ernsthaft Selbstmordversuche machte, Tag und Nacht unruhig war und beständiger, besonderer Bewachung bedurfte, so wurde er mit Genehmigung des Herrn Landeshauptmanns definitiv in die Zentralanstalt übernommen. Jetzt ist er auf der freiesten Abteilung, ein fleißiger, dankbarer Außenarbeiter. — Zwei andere Kranke der Zentralanstalt eigneten sich ihrer Vergangenheit und ihres Gebahrens nach wohl sehr für das Bewahrungshaus; wir haben uns aber gehütet, sie dorthin zu tun, weil wir der festen Überzeugung waren, daß diese Maßnahme für sie schädlich sein, und das Zusammenleben mit andern schlimmen Elementen die in ihnen schlummernden bösen Triebe und Neigungen nur entfachen würde. Einer von ihnen ist bereits nach Hause beurlaubt, der andere ist ein tätiger Feldarbeiter, anhänglich an Ärzte und Pfleger; von einer Entlassung aus der Anstalt will er nichts wissen, er fürchtet sich, wie er sagt, vor sich selbst, glaubt, daß er in der Freiheit durch schlechtes Beispiel und Anreizung in sein altes, verbrecherisches Leben zurückverfallen werde. — Nur da, wo nichts mehr

zu verderben ist, andere schuldlose Kranke aber verdorben werden, sollte man sich zu der Beantragung einer Versetzung in das Bewahrungshaus entschließen. Häßliche und unangenehme Vorkommnisse allein sollten, so lange sie vereinzelt bleiben, auch bei vorbestraften Individuen keinen willkommenen Anlaß abgeben, sie nach Düren abzuschieben. Eine jede Anstalt, auch die allermodernste, muß meines Erachtens nach in der Lage sein, sich auch mit widerspenstigen, lästigen Elementen abfinden zu können, auch ohne daß die Gesamtheit der Kranken darunter leidet; gleich nach dem Bewahrungshaus zu rufen, halte ich für inopportun.

Untersuchen wir nun, auf welche Gründe sich die hier beobachtete potenzierte Neigung zum Exzedieren zurückführen läßt. In erster Linie hatte sie ihren Ursprung in der pathologischen Reizbarkeit der einzelnen Kranken, ihrer geringen Widerstandsfähigkeit gegen augenblickliche Impulse. Hinzu kommt die gegenseitige Influenz; sie stecken sich an, verhetzen sich, was der eine nicht weiß, hört er vom andern. Der Umstand, daß durch Aufhebung des Strafvollzuges die von ihnen hier zugebrachte Zeit nicht angerechnet wird, sie ein Ende der Freiheitsentziehung nicht absehen können, wirkt verstimmend, macht sie verbissen, trotzig und ungeberdig; sie sagen sich: durch gute oder schlechte Führung verkürzest oder verlängerst du deine Internierung nicht: bestrafen darf man dich hier aber nicht, weil du in einem Krankenhause bist.

Fast keiner will krank sein, ist man aber genötigt, strengere Maßregeln zu ergreifen, dann beruft sich jeder auf seine Krankheit und das Unrecht, welches ihm geschieht.

Eine weitere, nicht zu unterschätzende Rolle spielt die Sonderstellung, welche die Bewahrungshäuslinge gegenüber den andern Kranken einnehmen. Fast alle waren früher schon in anderen Anstalten, nahmen teil an der gemeinsamen Beschäftigung, den Festlichkeiten, dem Kirchgang. Jetzt fühlen sie sich als Stiefkinder der Anstalt, da sie die früheren Erleichterungen nicht mehr in dem Grade haben können und sich zurückgesetzt und vernachlässigt vorkommen, was viele zu einem dauernd widerspenstigen Verhalten bestimmt. Auch die Lage des Bewahrungshauses an einem öffentlichen, besonders Sonntags viel

begangenen Wege war die Quelle vieler Unzuträglichkeiten und Exzesse. Die Passanten wurden durch die Kranken angerufen, durch Winken und Klettern in den Fenstern machte man sich jenen bemerklich, wechselseitige Gespräche wurden geführt, unter Umständen auch mit sich herumtreibendem Gesindel Verabredungen getroffen. Wurden die Fenster geschlossen, die Kranken von denselben entfernt, dann kam es zu förmlichen Revolten und Balgereien mit dem Pflegepersonal, zum Zertrümmern von Fenstern und dergleichen.

Der Sonntag war früher, hauptsächlich dieser neugierigen, unvernünftigen Spaziergänger wegen stets ein kritischer Tag für das Bewahrungshaus, man war froh, wenn er vorbei. Jetzt ist es auch in dieser Beziehung besser geworden, seitdem die Mauer um das ganze Gebäude weitergeführt ist und ein Anstaltsbeamter, dem seitens der Stadt polizeiliche Gewalt übertragen worden ist, die Säuberung des Weges wirksamer durchführen kann. Trotzdem begünstigt dieser Weg auch ferner noch den Verkehr der Kranken mit der Außenwelt; leicht und unbemerkt läßt sich aus dem Krankenhaus eine Nachricht über die Mauer werfen und umgekehrt; schon oft sind uns auf solche Weise beförderte Sendungen später von den Findern ausgehändigt.

Die Kunst, mit der Außenwelt in Verbindung zu treten und zu bleiben, war besonders erstaunlich bei dem vielgenannten und bekannten, wohl aber noch immer nicht völlig erkannten Verbrecher L. Er übte eine gradezu faszinierende Wirkung aus auf die Leute, die mit ihm zu tun hatten, verführte einige Pfleger zu Dienstwidrigkeiten, Unregelmäßigkeiten, selbst treulosen Handlungen und brachte es durch den durch letztere besorgten Briefverkehr dazu, daß sich verschiedene Mädchen, selbst Frauen, sterblich in ihn verliebten, eine psychologisch interessante Tatsache, die der Romantik nicht entbehrte, für uns aber höchst unerfreulich war.

Natürlich wurden diese ungetreuen Pfleger, die uns bewußt und absichtlich hintergangen haben und Gegenstände, Geld und Briefe herein- und herausschmuggelten — das plötzliche Auftauchen von Eisensägen ist auch wohl auf dieselben zurückzuführen — aus dem Dienst entlassen, wenn auch ihre Schuld ihnen nicht direkt bewiesen werden konnte.

Bei minderen Verfehlungen mußten öfters Pfleger in die Zentralanstalt zurückversetzt werden. Zufällig traf es sich, daß die ungetreuen, entlassenen Pfleger, mit einer Ausnahme, aus anderen Provinzialanstalten kamen und von diesen besonders für den Dienst im Bewahrungshause empfohlen waren.

Wir haben jetzt das Prinzip, die Pfleger für diesen verantwortungsvollen Dienst selbst vorzubilden und sie aus der eigenen Anstalt hervorgehen zu lassen, nur so lernt man ihre Qualitäten und vor allem ihre Vertrauenswürdigkeit kennen. Eine nicht zu umgehende Folge davon ist natürlich, daß die besten und zuverlässigsten Pfleger der Zentralanstalt entzogen werden.

Je tüchtiger, gewissenhafter und brauchbarer ein Pfleger des Bewahrungshauses ist, desto mehr hat er von den Insassen desselben auszustehen.

Auf jede Weise suchen sie diesem ihnen lästigen Aufpasser etwas anzuhängen, ihn zu entfernen, indem sie ihn verdächtigen und bei den Ärzten schlecht machen. Daß durch diesen Umstand den Pflegern ihr an und für sich aufreibender Dienst nicht leichter gemacht wird, liegt auf der Hand.

Wenn auch solcherlei Verdächtigungen und Beschuldigungen stets untersucht werden, so müssen die Pfleger demgegenüber doch merken, daß sie an den Ärzten einen gewissen Schutz und Rückhalt haben, wenn nicht Verdrossenheit und gleichgültige Dienstmüdigkeit einreißen sollen.

Nicht Mauern und Gitter machen es allein; die Treue und Zuverlässigkeit des Personals, ihr Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl ist es in erster Linie, was uns nottut. Dieses zu stärken, ihr Ehrgefühl zu wecken ist unsere Hauptaufgabe, unser Hauptstreben, und haben wir es daran wahrlich nicht fehlen lassen.

Auch der sonstige Verkehr mit den Bewahrungshäuslingen gestaltet sich für die hier beschäftigten Pfleger anders als in der Zentralanstalt. „Augen und Ohren auf, Mund möglichst zu,“ nicht zu kordial, nicht zu schroff, keine Erwähnung der Vergangenheit der Kranken, gleichmäßiges, ernstes, niemanden bevorzugendes, bestimmtes Verhalten wird jedem neuen Pfleger besonders eingeschärft, Eigenschaften, die ja allgemeine Gültigkeit für das Pflegepersonal haben, auf deren wirkliche Betätigung hier

aber, gegenüber den zahllosen Anzapfungen und Reizungen besonderes Gewicht gelegt werden muß.

Im allgemeinen kann man jetzt mit unserm Personal zufrieden sein; 20 Pfleger mit zwei Stationspflegern teilen sich in den Dienst, während im Anfang nur 12 Pfleger mit einem Stationspfleger vorhanden waren. Die Verstärkung des Personals hatte sich als notwendig erwiesen und war in der dankenswertesten Weise bewilligt worden.

Von den 20 Pflegern tun vier den Nachtdienst und zwar einer als ambulante Wache, zwei im Wachzimmer, einer bei besonders bewachungsbedürftigen Leuten, bei Dauerbädern oder sonstigen besonderen Anlässen; regelmäßig zieht daher diese letzte Wache nicht auf. Diese Wachen wechseln stündlich unter sich ihren Dienst, damit durch Eintönigkeit keine Ermüdung eintritt. Beaufsichtigt wird der ganze Nachtdienst durch einen Stationspfleger, welcher jede Stunde einen Revisionsrundgang macht, der sich auch um das Gebäude herum erstrecken muß.

An dieser Beaufsichtigung des Nachtdienstes beteiligen sich sechs Stationspfleger der Anstalt, so daß jeder einmal in der Woche an der Reihe ist. Die beiden Pfleger des Wachsaales müssen jeden Abend ihre Schlüssel abgeben, da schon einmal von den Wachsaalkranken geplant war, die Pfleger zum Zwecke der Beschaffung von Schlüsseln zu überwältigen. Die in nächster Nähe des Wachsaales schlafenden Pfleger des Tagesdienstes können, falls Hilfe nötig, jederzeit von den Wächtern alarmiert werden. —

Die Behandlung der Kranken bewegt sich in den allgemeinen psychiatrischen Bahnen: Geeignete Verteilung und Gruppierung, Beschäftigung, Bettbehandlung, Bäder, auch Dauerbäder bis 24 Stunden hintereinander. Bettbehandlung, nur zum Zweck der Verhinderung von Flucht oder Exzessen hat sich bei uns nicht bewährt, die betreffenden Kranken wurden nur noch renitenter, da sie hierin keine ärztliche, sondern lediglich eine Zwangsmaßnahme erblickten.

Unser Hauptaugenmerk richteten wir auf die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit und die Beschäftigung unserer Kranken. Selbstverständlich scheiden hier Betriebe, bei welchen schneidende Instrumente, oder Werkzeuge, die unter Umständen gefährlich werden

könnten, aus. Am zweckentsprechendsten und harmlosesten erwies sich die Dütenkleberei, aber selbst hierbei ist Obacht zu geben, daß das Papier nicht zu unerlaubten Korrespondenzen benutzt wird, wie es auch geschehen. Mit Haus- und Gartenarbeit, Anstreichen, Malen, Flechten, Nähen ist stets die überwiegende Mehrzahl der Kranken beschäftigt, ganz untätig sind nur fünf. —

Besonders die Gartenarbeit, und in den letzten Monaten das Halten und die Zucht von Geflügel, Kaninchen und andern Lebewesen hat sich als nutzbringend herausgestellt; die Kranken besorgen und hegen ihre Pflegebefohlenen in der sorgfältigsten Weise, was wiederum auf sie selbst und ihr Verhalten wohltätig einwirkt, da dadurch altruistische, edlere Regungen wachgerufen werden. Allerdings biß einmal ein Kranker, der monatelang mit seinem Kanarienvögelchen auf dem zärtlichsten Fuße gestanden hatte, diesem eines Tages den Kopf ab; — das ist aber ein Ausnahmefall.

Der Verkehr der Ärzte mit den Kranken wurde durch das große Mißtrauen, welches diese jenen von vornherein entgegenbrachten, erschwert. Man wollte absolut nicht einsehen, daß die hiesigen Ärzte nicht über die Überweisung nach hier zu befinden haben, schob diesen die Schuld daran zu. Auch die wissenschaftlichen Qualitäten der Ärzte wurden von einem Teil der Patienten konsequent in Zweifel gezogen, ihre gutachtlichen Äußerungen nicht anerkannt und andere gefordert. „Wie kann ein Arzt“. argumentierten sie, „an eine solche Anstalt gehen, die ein Zuchthaus und keine Irrenanstalt ist; nur der Schund der Psychiater gibt sich dazu her.“ Allmählich hat sich auch dieses unerquickliche Verhältnis gebessert, nur gegen den Direktor und den Abteilungsarzt besteht bei einigen Kranken dieses Mißtrauen fort und wird weiter zu pflanzen gesucht.

Eine individualisierende Behandlung stieß bei dieser Sorte Menschen zunächst auf volle Verständnislosigkeit. „Gleiche Brüder, gleiche Kappen“ waren sie aus den Zuchthäusern und Gefängnissen gewöhnt und verlangten auch hier ein gleiches Regime. Bekam einer aus ärztlichen Gründen irgend eine Vergünstigung, Extraverordnung oder dergleichen, so wollte gleich jeder das Gleiche. Wurde einer, der infolge seiner Sinnestäuschungen in der Erregung Fensterscheiben eingeschlagen hatte, milder beurteilt

und behandelt als ein anderer, der dasselbe aus offener Lust am Demolieren, absichtlich und bewußt getan hatte, so wurde ein großes Geschrei über Ungerechtigkeit, ungleiches Maß etc. erhoben.

Deshalb mußte man bei jeder Bewilligung äußerst vorsichtig sein und besonders die Schaffung irgend eines Präzedenzfalles vermeiden; zeigte man eine Schwäche, reichte man den kleinen Finger, so wollte man gleich die ganze Hand.

Sie werden erstaunt sein, hier derartige hausbackene Wahrheiten zu hören, aber im Bewahrungshause ist die Befolgung solcher Regeln von großer Bedeutung, ihr Außerachtlassen kann zu schweren Unzuträglichkeiten Veranlassung geben. Jetzt, wo wir unser wenig fluktuierendes Krankenmaterial genau kennen, läßt sich auch hier mit Erfolg psychiatrisch arbeiten; man fühlt sich wieder als Arzt, der durch gütige Zureden oder auch durch Strenge vieles erreichen kann. Mit Strenge und Disziplinierungen allein kommt man nicht weit. Wenn es auch Verbrecher sind, mit denen wir zu tun haben, vergessen dürfen wir doch niemals, daß es auch Kranke sind, die unser Mitleid und unsere Sorge um sie verdienen. Ein alter, erfahrener Zuchthausdirektor sagte mir mal: „Kein Mensch ist ganz verloren zu geben, irgend etwas steckt noch in ihm, was sich der Mühe lohnt, zu entdecken und zu erwecken. Gelingt es, diese verborgenen Saiten zum Anklingen zu bringen, dann ist viel gewonnen.“ Das sind keine Sentimentalitäten, meine Herren, sondern goldene, praktisch zu verwertende Worte und wohl dazu angetan, daß man darnach handelt.

Die Anforderungen, die an die am Bewahrungshause tätigen Ärzte gestellt werden mußten, waren keine geringen und beschränkten sich durchaus nicht allein auf das ärztliche Gebiet. Die uns auferlegte Pflicht der sicheren Bewahrung der gemeingefährlichen Kranken, die eigene Sicherheit verlangten eine gewisse polizeiliche Routine, das Bekanntsein mit den in Strafanstalten üblichen Kniffen und Ränken, welche dazu dienen, Ärzte und Aufsichtspersonal zu täuschen, auszubrechen, unerlaubte Verbindung der Kranken unter sich oder mit der Außenwelt zu pflegen. Selbst technische Aufgaben traten mehr als sonst an den Arzt heran, wenn es sich darum handelte, Verbesserungen an Schlössern,

Riegeln, neue Sicherheitsvorrichtungen, Beobachtungsfenster zu ersinnen und zu konstruieren, die der Einzelfall erforderte.

Mit welcher fabelhaften Findigkeit, Gewandtheit und Geduld in der Anfertigung von Ausbruchs- und Angriffsinstrumenten wir zu rechnen haben, könnten Sie an dem kleinen „Museum“ sehen, welches wir in Düren angelegt haben, und welches bereits eine große Anzahl sehr interessanter Stücke birgt. Nägel, Federn aus Bruchbändern, Löffel, Schreibstahlfedern, kleine Glas- und Blechstücke, kurz, alles und jedes mußte dazu dienen, Schneide- und Brechwerkzeuge, sowie Sägen etc. anzufertigen. Und daß nichts zu winzig und zu harmlos in der Hand eines routinierten Verbrechers ist, bewies uns die erstaunliche Tatsache, daß man nur mit Hilfe des Bruchstückes einer Schreibstahlfeder den ganzen Eisenblechbeschlag einer Zellentür radikal abgerissen hatte. Aus Brod wurde ein gut funktionierender Dreikantschlüssel fabriziert. ganz abgesehen von den aus Knochen und Kämme hergestellten Gegenständen dieser Art. Die Kollektion der Dietriche, oft der kompliziertesten, wird fast wöchentlich bereichert. Durch rechtzeitige Entdeckung und Entfernung aller dieser Dinge ist jedenfalls mancher Ausbruch verhindert.

Die Ärzte wurden besonders in der ersten Zeit des Betriebes auf manche harte Probe gestellt. Sie mußten in jeder schwierigen Lage vorgehen, da die Pfleger zeitweilig zu versagen drohten und nur durch das Beispiel der Ärzte und des Oberpflegepersonals zur Pflichterfüllung und tätigem Eingreifen zurückgeführt werden konnten. In solchen kritischen Lagen, bei Revolten und gemeinsamen Auflehnungen der Kranken, die wir auch zu verzeichnen haben, kann nur durch ruhige Entschlossenheit, schnelles, sicheres Disponieren ein böser Ausgang verhindert werden. Ein Arzt, der sich imponieren läßt, ist bei Pflegern und Kranken gleichermaßen unter durch.

Das Hervortreten der polizeilichen Momente, ferner die besonders in dem ersten Betriebsjahre öfters notwendig werdende persönliche Beteiligung der Ärzte an der Ausführung von Isolierungen und Unschädlichmachung gewalttätiger Kranker wirkte nicht recht befriedigend und war auch die Ursache, daß ein tüchtiger, bei den Kranken allgemein beliebter Kollege uns verlassen

hat. Auch der alte, verdiente, seit über 25 Jahren an der Anstalt tätig gewesene katholische Geistliche empfand diese Bereicherung seiner seelsorgerischen Tätigkeit sehr bitter; er fand einen zu unfruchtbaren Boden vor, stieß auf offene Verhöhnung und räumte einer jüngeren Kraft seinen Platz. — In all diesem ist jetzt Wandel eingetreten, das Pflegepersonal ist seiner Aufgabe gewachsen, Arzt- und Pflegerdienst brauchen sich nicht mehr in einer Person zu verbinden; auch hat die Einrichtung eines geordneten Gottesdienstes manchen Stein des Anstoßes aus dem Wege geräumt.

Viel Last und Sorge machten uns besonders die drei erwähnten querulierenden Paranoiker, die sich auch als Rechtskonsulenten aufgetan hatten und ihren Mitkranken in Rechtsfragen Beistand leisteten. Bald war fast keiner mehr, der nicht Wiederaufnahme des Verfahrens und Aufhebung der Entmündigung verlangt hätte; das hiesige Amtsgericht wurde mit Gesuchen um Anordnung protokollarischer Vernehmungen geradezu gestürmt, Direktion und Ärzte bei der Staatsanwaltschaft wiederholt angezeigt. Wir hindern den Verkehr der Kranken mit den Behörden nicht und wundern uns nur, daß diese noch nicht die Geduld verloren haben, besonders das Königliche Amtsgericht Düren.

Eine Erschöpfung des Instanzenweges gibt es für den Querulanten nicht; beliebt ist jetzt die Berufung auf die sozialdemokratische Partei des Reichstages oder auf Lenzmann, der die verrotteten Psychiater mal wieder auf den Trab bringen werde. Auch als Hetzer und stille Wühler leisten die Querulanten Hervorragendes; manche Demolierung, manches unangenehme Vorkommnis ist auf ihr Wirken zurückzuführen.

Von Bedeutung ist es, daß wir jetzt in einer ganzen Reihe von Patienten ein gewisses Verdünnungsmaterial besitzen. Es sind das Leute, deren frühere lästige Eigenschaften durch Verblödung oder stuporöse Zustände geschwunden sind. Unter solche steckt man zweckmäßig Hetzbrüder und andere unangenehme Kumpane, eine psychische Isolierung, die sehr empfohlen werden kann. Dieses Verdünnungsmaterial hat sich als so notwendig erwiesen, daß durch dessen Wegfall der Betrieb des Bewahrungshauses geradezu in Frage gestellt würde, es sei denn, daß es völlig den Charakter

eines Gefängnisses annähme, was bis heute glücklich vermieden werden konnte.

Meine Herren! Sie haben gesehen, daß das Bewahrungshaus und seine Einrichtungen schwere und böse Kinderkrankheiten überstanden hat, daß allerlei Maßnahmen nötig waren, um es am Leben zu erhalten. Der Provinzialverwaltung gebührt der Dank, daß sie in der liberalsten Weise bemüht war, die Schäden und Mißstände, die sich während der Betriebszeit zeigten, zu beseitigen durch bauliche Umänderungen und Gewährung reichlicher Geldmittel zur Beschaffung eines größeren, besser besoldeten Pflegepersonals.

Mir liegt der Verwaltungsbericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses vom 21. Januar 1903 vor; in diesem heißt es wörtlich:

„Zu besonderer Vorsicht mahnen die Schwierigkeiten, welche die geisteskranken Verbrecher bereiten. Auf der Konferenz der Anstaltsdirektoren am 9. Mai 1902 ist diese Frage eingehend erörtert worden. Man stimmte der Auffassung bei, daß es sich nicht empfehle, alle derartigen Kranken einer Anstalt allein zu überweisen, sondern daß es geboten sei, sie auf die einzelnen Anstalten, welche mit entsprechenden Einrichtungen auszurüsten seien, zu verteilen. Nur so könne man ihrer Herr werden; im andern Falle laufe man Gefahr, weder Ärzte noch Wärter überhaupt zu bekommen, geschweige denn in berufsfreudiger Arbeitsfrische sich zu erhalten.“

Meine Herren! Diese Auffassung scheint auch bei unserer Provinzialverwaltung immer mehr Raum zu gewinnen und wird es wohl im Laufe der Zeit dazu kommen, daß eine jede Anstalt, ohne Unterschied, auch für ihre lästigen Elemente mit krimineller Vergangenheit Sorge tragen muß, wozu natürlich die notwendigen Einrichtungen und Veränderungen vorher zu treffen sind in dem Sinne, daß eine Trennung von den schuldlosen Kranken stattfinden kann.

Zum Schluß will ich bemerken, daß die letzten sieben Monate im Bewahrungshause in ruhigen Bahnen verlaufen sind, und keine gröberen Störungen, Entweichungen etc. vorkamen. Möge es so bleiben, was man allerdings kaum zu hoffen wagt. Unser Be-

wahrungshaus hat in vieler Beziehung durch sein bloßes Vorhandensein erzieherisch gewirkt, die Kranken wissen, daß sie hier nicht auf Rosen gebettet sind, strenger gehalten werden als in den andern Anstalten. Vielleicht hat das Bekanntwerden dieser Tatsache manchen Insassen anderer Anstalten an der zügellosen Betätigung seiner Triebe gehindert, da niemand gerne nach Düren will. Auch der Simulation und Übertreibung in den Irrenabteilungen der Zuchthäuser und Gefängnisse hat das in Verbrecherkreisen jetzt bekannt gewordene und wenig beliebte Haus einen, wie ich glaube, nicht schwachen Riegel vorgeschoben.

Über den Wert der sogenannten „Kurven-Psychiatrie“.

Von

Medizinalrat Dr. P. Näcke, Hubertusburg.

Es war im Jahre 1901 zur Zeit der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Berlin. *Sommer* hielt einen Vortrag über Ergebnisse der dreidimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. In der Diskussion sprach *Fürstner* nebenbei abfällig von der sogenannten „Kurven-Psychiatrie“; und trotzdem die Versammlung zum größten Teil aus jüngeren Psychiatern bestand, fand sich doch niemand, der jene in Schutz genommen hätte. Wer nur einigermaßen die Psychologie großer Versammlungen kennt, weiß, daß ein Schweigen weder pro noch contra bedeutet und daß von den Vortragenden höchstens Anregungen ausgehen, nie aber die Themen völlig erschöpft werden können, selbst nicht bei langer und vielseitiger Diskussion, schon weil im günstigsten Falle ein Teil der wirklichen Sachkenner in einer speziellen Frage fehlt oder weil persönliche oder andere Umstände die volle Meinungsäußerung hindern.

Es fragt sich nun zunächst: Was ist „Kurven-Psychiatrie“? Der Ursprung des Wortes ist noch ein sehr junger. Ich vermag leider nicht zu sagen, wer es zuerst aufbrachte. Jedenfalls hat es bald einen sehr konkreten Begriff angenommen und sich irrtümlicherweise anscheinend in gewissen Gegensatz zur offiziellen Psychiatrie gesetzt. Wir verstehen darunter am besten die Gesamtheit dessen in der Psychiatrie, was sich in Zahlen und Kurven ausdrücken läßt und somit den

höchsten Grad der Exaktheit erreicht. Es handelt sich also nicht etwa um eine neue Art von Psychiatrie, sondern nur um rationelle und intensive Anwendung der Statistik auf Grund alter und neuer Untersuchungsmethoden.

Hier gilt es nun vor allem, den Wert derselben weder zu übertreiben noch zu unterschätzen; diese Gefahr liegt für beide Extreme, wie bei jeder neuen Sache, sehr nahe. Es tut also eine scharfe Umgrenzung not, damit der Ausdruck Kurven-Psychiatrie nicht diskreditiert werde. Wir werden deshalb scheinbar weiter ausholen müssen, schon weil auf vieles allgemein Psychiatrische zurückzukommen ist. Die Darstellung der zahlreichen entgegenstehenden Schwierigkeiten, ihre etwa mögliche Überwindung und der damit der Psychiatrie erwachsende große Vorteil verlangen eo ipso eine breitere Ausführung.

Es ist sehr lehrreich, die ältesten Jahrgänge dieser Zeitschrift mit den letzten zu vergleichen, um den gewaltigen Unterschied in der Behandlung eines Themas sofort zu erkennen. In den ersten Arbeiten begegnen uns nur wenige Zahlen. Die Philosophie, besonders die naturphilosophische Betrachtungsweise und der Hegelianismus spielen eine große Rolle. Der Autor ergeht sich gern in schönen Worten und Umschreibungen, aber leider mit magerem Inhalte, was man am besten daraus ersieht, daß ein Referat einer solchen langatmigen Arbeit oft nur ein paar Zeilen ausmacht. Natürlich gibt es rühmliche Ausnahmen. Die Hypothesen sind wohlfeil und man bewundert die naive Leichtgläubigkeit der Zeitgenossen und ihr geringes Bedürfnis nach kritischer Schärfe. Auch die Krankengeschichten, die pathologischen Befunde usw. sind meist recht oberflächlich gegeben. Allmählich tritt aber eine Besserung ein, der Ausdruck wird knapper und schärfer, die philosophischen Exkurse und Hypothesen werden seltener, die Kritik strenger, die Krankenerzählung genauer. In neuester Zeit ist hierin namentlich unglaublich viel geschehen, Hypothesen werden seltener und dann nur als Arbeitshypothesen gebraucht, auch stets als solche bezeichnet; philosophische Abschweifungen fehlen so gut wie ganz; in der psychologischen Darstellung wird eine größere Klarheit, Knappheit, tieferes Eingehen

und möglichstes Fernbleiben von Phrasen erstrebt und die Krankengeschichten, anatomischen Befunde etc. lassen nicht viel zu wünschen mehr übrig. Natürlich gibt es auch hier Ausnahmen, doch ist der Fortschritt zum Exakten hin überaus handgreiflich. Man sieht, wie die Psychiatrie sich immer mehr von der Philosophie losgelöst hat und bestrebt ist, eine naturwissenschaftliche Disziplin im weiteren Sinne, ebenso wie die anderen Zweige der Medizin, zu werden. Trotzdem gibt es noch viel hier zu tun, wie gleich gezeigt werden soll. —

Allerdings hat man schon längst die Statistik in die Irrenheilkunde eingeführt. Es fragt sich nur wo, wie und wie oft? In den älteren Lehrbüchern und Arbeiten wird man besonders bezüglich der Heredität, der Ursachen und der Hauptformen der Psychosen Zahlen finden, die in den neueren Büchern und Spezialstudien noch vermehrt erscheinen. Leider ist ihre Quantität und meist auch Qualität durchaus ungenügend und sie betreffen gewöhnlich nur äußere, nicht innere Verhältnisse. Hierin ist nun überall Wandlung zu schaffen.

Eine Vorfrage noch wäre die, ob denn überhaupt die Statistik wirklich so wertvoll ist, da wir täglich sehen, wie aus denselben Zahlenunterlagen Freund und Feind einer bestimmten Ansicht Kapital schlagen. Ja, dem Unwissenden könnte es fast scheinen, als ob die Zahlen, wie die Sprache (à la Talleyrand) nur dazu da sind, um die Wahrheit zu verschleiern. Und doch würde man der Statistik damit bitter unrecht tun! Sie ist sicher der Ausdruck der vollsten Wahrheit, vorausgesetzt nur, daß man sie richtig anwendet und mehr noch, daß die Zahlen wirklichen Tatsachen entsprechen. Leider ist dies beim näheren Zusehen nur relativ selten der Fall, daher die Mißachtung der Statistik seitens so vieler Forscher und das oft geflissentliche Vernachlässigen derselben.

Es gilt daher zunächst feste und möglichst allgemeingültige, vergleichbare Grundlagen zu schaffen, um hierauf mit Erfolg das Zahlenwerk aufzubauen, was in der Hauptsache wieder die Aufstellung scharfer Definitionen voraussetzt. Wie schlecht es damit aber jetzt bestellt ist, weiß jeder wissenschaftliche Arbeiter zur Genüge. Was ist z. B. Heredität,

erbliche Belastung, was die wirkliche Ursache einer geistigen Störung usf.? Wollten wir nun warten, bis diese und viele andere Fragen richtig beantwortet sind, dann würden wohl sicher noch unsere Enkel vergeblich eine einwandfreie Statistik erhoffen. Sollen wir deshalb aber die Hände müßig in den Schoß legen und uns mit dem jetzigen Zustande des Wirrwarrs und der Unklarheit auf diesem Gebiete begnügen? Ich meine nicht! Der Forscher wird hier mit Macht einer Lösung zustreben und ein Versuch dazu muß gewagt und gemacht werden. Jeder neue bringt uns einen Schritt weiter und viele ähnliche werden immer deutlicher konvergieren. Je rationeller man hierbei bezüglich der Definitionen etc. vorgeht, um so mehr vergleichbares und wertvolles Material wird sich anhäufen, welches der Statistik zu ihrem endlichen Siege verhelfen wird. Bis dahin hat man sich freilich mit der z. Z. besten Statistik zu begnügen und wird stets suchen, sie durch eine bessere zu ersetzen, wodurch die erste Arbeit aber durchaus nicht unnütz ward, sondern als Durchgangspunkt wichtig genug erscheint.

Zuerst einige man sich über den Begriff der Geisteskrankheit und umschreibe möglichst scharf den Kreis des Untersuchungsmaterials, wobei es sich empfehlen dürfte, letzteren anfangs nicht zu weit zu stecken, weil die Abgrenzung gegen das Normale immer subjektiver und damit schwieriger wird. Ist dies geschehen, so gilt es, die Teile innerhalb dieses Kreises, d. h. die Einteilung der Psychosen festzulegen. Hier sind wir freilich schlimmer daran, als bei der vorigen Aufgabe, weil z. Z. *tot capita, tot nomina* existieren. Da es nun voraussichtlich noch sehr lange währen dürfte, bevor hier eine allgemein angenommene Einteilung und Nomenklatur sich abgeklärt hat, so wäre schon viel gewonnen, wenn wir die uns jetzt als die rationellst erscheinende, d. h. die Kraepelinsche, zur Basis unserer Untersuchungen machten.¹⁾ Ich nenne sie deshalb die ratio-

¹⁾ Bez. der psychologischen Erklärungen der Einzelsymptome hat dagegen *Wernicke* das Bedeutendste geliefert, dessen Grundriß der Psychologie ich nach dem *Meynerts* für das genialste deutsche Werk über Irrenheilkunde halte, dem auch sicher kein fremdländisches an die Seite zu setzen ist. Leider ist nur seine Systematik unbefriedigend!

nellste, weil sie, wenn man an der Klinik festhält, den einzig richtigen Weg verfolgt, nicht die Symptome, sondern den ganzen Krankheitsverlauf einer Psychose vom Anfang bis zum Ende ins Auge zu fassen. Sollte es freilich gelingen, eine Systematik auf pathologisch-anatomischer Basis aufzubauen, ja nur auf ätiologischer, so wäre es natürlich noch besser. Solange — alle darauf zielenden Versuche sind leider gescheitert — wollen wir uns am liebsten an Kraepelins Systematik halten. Mag sie noch selbst mannigfacher Reformen bedürfen — Kraepelin ist gewiß der letzte, sie für vollkommen zu erklären! —, mag später davon viel oder wenig übrig bleiben oder eine bessere Einteilung sich ergeben, so werden doch die für die einzelnen Psychosen im Kraepelinschen Sinne gefundenen Zahlen nicht verloren sein, weil man dann jede dieser Psychosen mehr oder weniger richtig in die neu benannten quasi zu übersetzen und die früheren Zahlen nur anders zu gruppieren hat, dieselben immerhin noch gebrauchen kann.

Nach dieser Vorarbeit müssen wir uns weiter über solche Grundbegriffe wie Erblichkeit, erbliche Belastung, Rückschlag, Ursache (allgemeine und Gelegenheitsursache) usf. klar werden. Denn hier schwankt noch alles hin und her. Bis eine Einigung stattgefunden hat, empfiehlt es sich, nach reiflichster Überlegung seine eigenen, möglichst scharf umrissenen Definitionen zu geben und daraufhin sein eigenes und — soweit damit vergleichbar — auch fremdes Material statistisch zu benutzen. Am vorsichtigsten erscheint es überhaupt, zunächst nicht von direkter oder indirekter Erblichkeit zu sprechen, sondern einfach die gleiche oder ähnliche Krankheit bei den Aszendenten, Deszendenten und Kollateralen zahlenmäßig festzustellen, ohne über den kausalen Zusammenhang sich auszusprechen, der mit absoluter Sicherheit nur selten genug zu beweisen ist. Wenn z. B. jemand melancholisch wird, sein Vater, seine Mutter oder beide es auch waren etc., so liegt wohl eine Wahrscheinlichkeit einer direkten Vererbung vor, aber keine Sicherheit. Man muß stets an Zufall denken. Auch kann man nicht wissen, ob die noch gesunden Mitglieder der Familie später auch so erkranken können, oder Verstorbene, die gesund geblieben sind, nicht doch später erkrankt wären, wenn sie länger gelebt hätten. Nur wenn immer mehr und

wichtigere Personen, welche die Erbmasse darstellen, betroffen werden, kann man einen direkten oder indirekten Zusammenhang wohl annehmen. Die Zahlen sollen also zunächst nichts präsumieren. Je größer sie sind, je mehr die Fehlerquellen im ganzen die gleichen bleiben, um so näher rücken sie an die Wahrheit heran, was noch mehr geschieht, wenn mehr Forscher auf gleicher Basis arbeiten.

Der weitere Rahmen der „Erblichkeit“ ist die „erbliche Belastung“. Was man darunter speziell zu verstehen hat, ist erst auch noch genauer festzustellen. Doch kann dies schon vorläufig geschehen und späterhin kommen vielleicht Ergänzungen hinzu. Es empfiehlt sich hier insbesondere den Rahmen etwas weiter zu stecken und unter die Momente der Belastung nach französischem Vorgange auch noch die Phthise, die sog. rheumatischen Krankheiten (Gicht, Gelenkrheumatismus) und gewisse chronische Leiden, wie z. B. Diabetes, mit aufzunehmen. Bekannt ist, daß die Erblichkeit selten dieselbe Krankheit betrifft, sondern die verschiedensten Leiden der „neuropathischen Familie“ sich gegenseitig substituieren.

Eng mit der Frage der Heredität hängt die des Atavismus oder Rückschlags zusammen. Das ist ein besonders gefährlicher Boden! Am besten werden wir einen menschlichen und einen tierischen oder phylogenetischen Atavismus unterscheiden. Bezüglich des letzteren sind eigentlich nur die Anatomen zuständig, sehr selten Psychiater. Wenn betreffs gewisser Bildungen jene sich streiten, ob sie ein Rückschlag sind oder nicht, wie sollen dann Laien entscheiden? Näher liegt uns dagegen speziell die erste Form des Atavismus, d. h. der menschliche. Aber auch hier ist das Urteil oft sehr schwierig. Wenn z. B. Enkel und Großvater dieselbe Nase oder eine bestimmte physiologische oder psychische Eigenschaft gemeinsam haben, so kann das echter Rückschlag sein. Aber wie es beweisen und von bloßer Keimvariation sicher trennen, oder bei gewissen Eigenschaften die Wirkung der Nachahmung und des Milieus abweisen? Und das alles noch ganz abgesehen davon, daß die Beurteilung der Form eines Organs oder einer Eigenschaft oft so außerordentlich subjektiv ist. Handelt es sich dagegen um ein kompliziertes Gebilde,

wie das Ohr z. B., dann dürfte ein gleiches Verhalten bei Enkel und Großvater schwerlich bloßer Zufall sein, noch weniger natürlich, wenn mehrere andere Formen oder Eigenschaften beiden eignen. Schließlich wäre auch zu fragen, ob denn die Keimvariation an sich nicht schon atavistische Elemente enthält oder nur völlig neue? Atavismus ist also nur schwer zu beweisen und mit diesem Begriffe sollte man sehr vorsichtig umgehen, weil man damit schließlich alles und nichts erklären kann! Vergessen wir andererseits auch nicht, daß jeder von uns in nur zehn oder zwanzig rückläufigen Generationen bei der ungeheuren Menge der Personen sicher viele Geistes- und Nerven- kranke, Degenerierte aller Art, Trinker, Verbrecher und Selbstmörder hat und daß in unsere eigene Keimmasse sehr wohl gewisse Bestandteile solcher Vorfahren (Determinanten nach *Weismann* oder wie man sie sonst nennen will) mit eingegangen sind. Wer will sie aber erkennen und auch beweisen? Daher sollte man auch beim Aufzählen der erblichen Belastung über den Urgroßvater im allgemeinen nicht hinausgehen. Trotzdem behalten aber die genealogischen Reihen, noch mehr die Ahnentafeln (im *Lorenzschen* Sinne) ihre volle Berechtigung, doch ziehe man daraus keine vorzeitigen Schlüsse. Gar bloße Analogien echten Atavismen gleichzustellen, wie es namentlich die Italiener gerne tun, geht nicht an. Haben es ja z. B. einige fertig gebracht, die Psychosen insgesamt, oder nur gewisse Formen derselben, wie z. B. die Paranoia und die Idiotie, atavistisch zu deuten, was auch — und das ist ja viel bekannter — mit dem Verbrechen geschehen ist!

Bezüglich der Ursachen des Irrsinns wissen wir schon längst, daß beinahe nie eine einzige Ursache besteht, sondern nur ein Komplex solcher. Es erscheint daher in den meisten Fällen mehr als kühn und willkürlich, den einen oder andern Faktor als eigentliche Ursache sicher hinstellen. Wo bei genauer Erhebung der Anamnese mehrere Momente vorliegen, die als Ursachen wirken könnten, sind sie alle aufzuzählen. Diejenigen Fälle, wo dies nicht möglich ist, sind apart zu stellen. Bei den vorher genannten sollte man zweckmäßigerweise die Ursachen chronologisch aufsuchen und notieren und bez. der Haupt-

ursache soll man sehr vorsichtig abwägen, die andern Faktoren aber nicht einfach beiseite schieben.

Am schwierigsten erscheint es natürlich, dem endogenen Momente, das sicher den meisten Psychosen zugrunde liegt, auch der Paralyse meist, wie ich wiederholt zu beweisen suchte, gerecht zu werden. Dasselbe läßt sich als „eingeboren“ oder „angeboren“ unterscheiden. Jenes bezieht sich auf die vererbte Keimmasse selbst, dieses auf die Wirkung intrauteriner oder in frühester Kindheit auftretender Einflüsse. Im engeren Sinne bedeutet endogener Faktor allerdings nur das im Keime Mitgegebene. Das Resultat beider Arten von endogenem Faktor kann äußerlich jedoch gleich sein. Anhaltspunkte für beide wird man einestheils in der erblichen Belastung — die aber durchaus an sich noch nicht individuelle Beanlagung bedeuten muß —, andernteils und sicherer in der psychopathischen Minderwertigkeit des Untersuchten finden, wobei letztere wieder erst genauer zu definieren ist. Jedenfalls würden hier somatische und noch mehr physiologische und psychische Stigmata eine große Rolle spielen. Wünschenswert wäre es weiter, nicht nur das endogene Moment festzulegen, sondern dafür womöglich ein Maß zu besitzen. Das ist allerdings sehr heikel; man müßte sich denn entschließen, besondere Grade der individuellen Disposition durch Gruppierung gewisser körperlicher und geistiger Zeichen zu umgrenzen und so zu verwerten. Fast noch schwieriger erscheint es bei den einzelnen Ursachen, Grade festzustellen, da nicht nur die Bewertung dieser Größe sehr subjektiv ist, sondern dies noch mehr im Hinblick auf das Verhältnis des Untersuchten zum Milieu, zur Rasse usw. wird. Endlich fragt es sich, ob man das endogene Moment als Hauptursache bezeichnen soll, oder ein anderes Moment und welches? und ob man auf die sogenannte Gelegenheitsursache als das schließlich Ausschlaggebende den ganzen Nachdruck zu legen hat oder nicht? Hierin liegt zum Teil die Schwierigkeit der Syphilisfrage bei der Paralyse.

Auch die Frage nach der Entartung oder Degeneration harret noch der definitiven Beantwortung und ist selbst eines der kompliziertesten Probleme. Ich will hier selbst keine Definition geben, da ich dies wiederholt in verschiedenen Arbeiten zu tun versucht

habe. Bis eine Einigung hierüber erzielt ist, wird es sich aber gleichfalls empfehlen, an der eigenen oder an einer fremden Erklärung festzuhalten und darauf fußend Zahlen zu geben. Auf alle Fälle wird der Begriff der Entartung von dem der psychopathischen Minderwertigkeit nur graduell verschieden sein; das hier Gesagte gilt auch dort. Am besten wird man sich bei der Entartung im engeren Sinne stets an angeborene oder in frühester Kindheit entstandene Zustände halten. Degeneration und Minderwertigkeit sind nur besondere Erscheinungsweisen des endogenen Faktors.

Haben wir bisher mehr die äußeren Verhältnisse, d. h. die bedingenden, untersucht, so wenden wir uns jetzt zur Betrachtung ihrer Wirkungen, d. h. der krankhaften psychischen Symptome selbst. Hier erwachsen uns nun ganz andere Schwierigkeiten, die wir bis zu einem gewissen Grade mit der Zeit aber gewiß werden überwinden lernen. Es handelt sich also, kurz gesprochen, zunächst um zahlenmäßige Darstellung von Störungen der Wahrnehmung, des Verstandes, des Gefühlslebens, des Wollens und des Handelns. Vorab gilt es auch hier erst scharfe Definitionen aufzustellen, die namentlich bez. des Intellekts und der ethischen Sphäre zurzeit noch sehr strittige sind. Die Gebiete sind hier erst genau zu umgrenzen und dann die Komponenten aufzuzählen. Viel schwerer aber ist ihre Untersuchung und diese kann nur eine experimentell-psychologische sein. Schon das bisher Geleistete erfüllt uns mit den besten Hoffnungen des einstigen Gelingens, soweit das überhaupt möglich erscheint. Freilich sind zurzeit alle experimentell-psychologischen Methoden noch vielfach fehlerhaft, daher die Ergebnisse sich so oft widersprechen. Sie müssen aber weiter für psychiatrische Zwecke geändert und vereinfacht werden, sonst sind sie hier wenig brauchbar. Geschieht dies, so glaube ich sicher, daß der größere Teil der Irren einer experimentell-psychologischen Untersuchung zugänglich sein wird. Erst müssen wir jedoch Vergleichsziffern für Normale haben, an denen es noch sehr gebricht. So lernen wir zunächst die elementaren Vorgänge auf den drei großen Gebieten der psychischen Tätigkeit genau kennen und zahlenmäßig

auszudrücken, sowie auch ihre Abweichungen. Zur Abgrenzung vom Anormalen genügt es uns aber nicht, den bloßen Durchschnitt, den Standard der einzelnen Qualitäten aufzustellen, sondern wir sollen ihre physiologische Breite bestimmen. Es muß also auch individual-psychologisch vorgegangen werden. Haben wir einmal die Elemente überwunden, so können wir zum schwierigeren Kapitel der Assoziationen aufsteigen. Auch hier ist bereits Ersprießliches geleistet worden, so z. B. bez. der Schwachsinnformen, der Manie, Melancholie, Dementia paralytica; schon kann die Differentialdiagnose davon profitieren.

Ein Arcanum ist bis jetzt leider die Affektsphäre geblieben. Nur neuerdings hat man angefangen, die somatische Seite derselben durch Messung von Puls, Atembewegung, der periodischen Volumzunahme der Glieder usw. zu erforschen, was vielleicht sogar der einzig gangbare Weg ist. Gerade das Affektleben ist aber die fundamentalste Seite der Psyche, da das normale und pathologische Handeln (inkl. das Verbrechen) zuletzt darauf beruht und die sogenannten Assoziationsgesetze im Grunde nur gesetzmäßig verlaufende Folgen bestimmter Affektbetonung bedeuten. Sogar die Logik des täglichen Lebens, nicht weniger als die wissenschaftliche, hat darunter zu leiden. Diese „Affektdisposition“ im einzelnen oder im Durchschnitte zu messen, bleibt also die künftige Hauptaufgabe der experimentellen, normalen und pathologischen Psychologie. Bis zu einem gewissen Grade wird dies wohl gelingen, vielleicht kann man sogar noch tiefer in die innere Struktur des Gefühlslebens eindringen. Obiger Aufgabe gegenüber wird die Willenssphäre dem Experimente viel zugänglicher sein.

Schon jetzt können wir, wie bereits erwähnt, rudimentäres und vorläufiges Zahlenwerk und Kurven für viele Elementarerscheinungen (inkl. der Assoziationen) und ihre Abweichungen geben. Diese sind uns als Versuche, als erste Etappe zum Wahren hochwillkommen, und man braucht kein besonderer Prophet zu sein, um die Entdeckung neuer Horizonte, Vertiefung und Richtigstellung des früher Gefundenen vorauszusehen. Steigen wir aber höher hinauf, so wird leider die Untersuchung immer

schwieriger und unsicherer. Schon die Urteils- und Schlußbildung sind experimentell schwer zu fassen, da der Fehlerquellen immer mehr werden, und doch hat man versucht auch an sie heranzutreten. Noch mehr ist dies bezüglich der Phantasie der Fall und auf dem ethischen Gebiete. Hier fehlen sogar zurzeit fast alle Orientierungspunkte. Vielleicht gelingt es aber doch auch da, einigermaßen wenigstens, einzudringen. Der Schlüssel dazu bleibt aber immer die Feststellung der „Affektdisposition“.

Jedenfalls steht so viel fest, daß auf psychischem Gebiete experimentell vieles sich bereits jetzt feststellen läßt, mag auch das innerste Getriebe des geistigen Mechanismus uns stets verborgen bleiben. Damit haben wir aber schon viel gewonnen und die exakte Methode der Zahlen und Kurven wird, soweit möglich, auf der ganzen Linie siegen, wo jetzt noch so viele Phrasen und Subjektivitäten sich breitmachen. Vielleicht wird das Experiment sogar einmal in die Genese der Wahnideen und Sinnes-täuschungen eindringen. Dagegen läßt sich schon jetzt in den einzelnen Psychosen die Häufigkeit dieser Symptome feststellen, wenn auch nur als ein Minimum, was immerhin einigen Wert besitzt, besonders wenn man die verschiedenen Arten derselben analysiert und aufzählt.

Das führt uns von selbst weiter zur Betrachtung des ganzen Verlaufs einer Psychose. Hier können wir zunächst ganz unbekümmert um die Systematik genau alle während einer Geisteskrankheit auftretenden Symptome buchen und in Kurven darstellen. Dasselbe gilt auch bezüglich der Länge des Leidens, des Ausgangs, der einzelnen Phasen usw. Da haben wir festen Boden unter uns und brauchen dann nicht mehr, wie leider noch häufig, solche allgemeine, vieldeutige und unwissenschaftliche Ausdrücke wie: viel, selten, oft, manchmal, groß, klein usw. anzuwenden. Wir haben ein Rückgrat gewonnen und die Zahlen behalten stets ihren Wert.

Aber noch weiteres ist dadurch erzielt worden. Man wird später sicher feststellen können, ob die Psychosen wirklich an Zahl zugenommen haben, wie es viele heute behaupten. Wir glauben dagegen wohl mit mehr Grund, daß zeitlich und örtlich die

einzelnen Psychosen anders verlaufen, ohne aber gleichfalls dafür Zahlen beibringen zu können. Ein französischer Autor unternahm es vor einigen Jahren, die Unterschiede im Verlaufe des Irrseins in Frankreich und Deutschland darzulegen. Offenbar ist ein solches Beginnen noch verfrüht. Sicher spielt hierbei aber die Rasse, oder sagen wir richtiger: das prävalierende Element darin, eine große Rolle. Gerade bei solchen Untersuchungen ist es wichtig, alle einzelnen Symptome einer Psychose genau zu registrieren, zur Vergleichung der Kurven miteinander. Bei der Paralyse insbesondere haben wir den starken Eindruck einer solchen Verschiebung der einzelnen Symptome nach Zeit und Ort, auch bezüglich der groben und feinen pathologischen Anatomie, doch fehlen uns leider vergleichende Zahlen. Die Details ändern sich sogar in ein und derselben Anstalt, noch mehr natürlich in verschiedenen Anstalten, je nach dem darin befindlichen Materiale; sicher werden nicht zwei in ihren Kurven ganz übereinstimmen. Erst eine Vergleichung solcher, an vielen unserer Anstalten gleichzeitig aufgenommen, wird uns eine Durchschnittskurve, den typischen Verlauf z. B. der Paralyse geben, die als „deutsche Paralyse“ dann in unseren Lehrbüchern mit Recht figurieren könnte. Das Bild, das uns jetzt dort als P. gezeichnet wird, ist eben nur ein ganz allgemeines Schema, das mit der obigen Durchschnittskurve sich gewiß nicht decken wird. Jeder, mag er auch der erfahrenste Psychiater sein, kennt bloß einen Ausschnitt der Wahrheit, d. h. nur gerade die von ihm beobachteten Fälle, die eben von tausend andern in feinen Zügen abweichen, welche allein uns Zahlen und Kurven aufzudecken vermögen.

Aber nicht bloß die einzelnen Symptome und der ganze Verlauf der Krankheit wird so erst mit Händen greifbar, sondern ungeahnt feine Details enthüllen sich uns. Es werden z. B. jetzt wohl nur wenige davon eine Vorstellung haben, wie die psychische Erregung beim Maniacus oder das Gebundensein beim Melancholicus auch nur an einem Tage verläuft. Im Jahre 1900 zeigte mir der vortreffliche Pariser Psychiater Toulouse Kurven der Erregtheit eines Manischen, die nach genauen Erhebungen

alle fünf Minuten konstruiert worden waren. So bot sich für 24 Stunden eine ganz merkwürdig gebrochene Linie dar, die ein vortreffliches Bild der Erregtheitsschwankungen gab. Auf diese Art werden sich mit der Zeit wahrscheinlich auch gewisse Periodizitäten ergeben, die wir noch kaum ahnen. Ein gleiches Verfahren läßt sich natürlich auch für andere Symptome, bis zu einem gewissen Grade vielleicht sogar für Wahnideen und Halluzinationen einschlagen. Man wird wohl zugeben müssen, daß dadurch ein unendlich genaueres Bild des Ganzen gewonnen wird, als es heute möglich ist. Anläufe dazu wurden allerdings schon genommen, z. B. bezüglich der Erregtheit während der Menses. Durch Ausdehnung und Vertiefung dieser Methode werden wir vielleicht später einmal diagnostische Anhaltspunkte gewinnen, wie sich solche schon auf experimentell-psychologischem Gebiete ergaben.

Endlich wird aber auch die Therapie davon profitieren. Zunächst gilt es hier nur auf großes Material sich zu stützen. Schlüsse aus Versuchen an nur wenigen Patienten zu ziehen, ist einfach lächerlich! Dann müssen möglichst viele Fehlerquellen aufgedeckt und schärfste Kritik ausgeübt werden, um das so beliebte post hoc ergo propter hoc zu vermeiden. Dem Therapeuten ist vor allem medizinische Logik nötig, sonst ist er verloren. Stete Kontrollversuche durch andersartige oder völlig gleichgültige Behandlungsweisen sind erforderlich; namentlich oft aber die Methode der Unterbrechung und Wiederaufnahme eines therapeutischen Verfahrens anzuwenden. Mehr als jeder andere ist gerade der Therapeut vor Suggestion zu warnen, wie jetzt z. B. bezüglich der Organ- und Serumtherapie. Bei den meisten therapeutischen Arbeiten läßt sich von vornherein annehmen, daß sie nach kürzester Zeit auf ewig ad acta gelegt werden, daher die begreifliche Scheu vieler Autoren, ihre kostbare Zeit und Kraft auf relativ so undankbare Aufgaben zu verwenden. Was ist von den unzähligen bei Psychosen vorgeschlagenen Medikamenten heute noch gültig? Unsäglich wenig! Daher nehmen hier mit Recht, wie auch bei der inneren Medizin, die physikalischen Heilmethoden immer breiteren Raum ein.

So sehen wir denn, daß die „Kurven-Psychiatrie“ in der

Tat berufen erscheint, künftighin eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Sie muß das Skelett des ganzen Aufbaus bilden, den festen Untergrund, der um so solider ist, je tiefer und breiter er ausfällt. Damit soll beileibe nicht etwa die gesamte klinisch-psychologische Analyse beseitigt, und so gleichsam ein Gegensatz geschaffen werden. Umgekehrt: sie wird durch jene nur noch mehr befruchtet und vertieft, aber nicht „mechanisiert“, wie manche zu befürchten scheinen. Immer plastischer stellt sich dann das Gesamtbild einer Psychose bis in die feinsten Züge hinein dem Kliniker dar. Der Forscher erhält so erst vergleichbares Material und wird immer mehr nach neuen Methoden zum Aufstellen von Zahlen und Kurven suchen. Er braucht sicher nicht zu befürchten, daß schließlich alles darin aufgehen wird. Vieles, das Intimste des psychischen Geschehens wird wohl stets dem Experiment unzugänglich bleiben. Den wahren Gewinn der Kurven-Psychiatrie wird zunächst die wissenschaftliche Psychiatrie einheimen, dann aber auch die praktische, nicht am wenigsten die forense, da wir z. B. bezüglich der Simulation schärfere Erkennungsmittel an die Hand bekommen. Endlich gehen auch die Anstaltseinrichtungen nicht leer aus.¹⁾

Nachdem exakte Untersuchungsmethoden mit ihren so gewonnenen Zahlen und Kurven in der inneren und äußeren Klinik einerseits, in der Neurologie andererseits einen so mächtigen Aufschwung genommen haben und teilweise auch der Psychiatrie zugute kamen (Messung der Pupillenweite, des Pulses, der Reflexe, Blutuntersuchungen usw.), hat man in neuerer Zeit immer mehr den Wert auch der psychologisch-experimentellen Untersuchung beim normalen und beim kranken Menschen erkannt. Die Psychologie, namentlich die experimentelle, hat jetzt schon wohl sicher für die Psychiatrie mehr geleistet als andere

¹⁾ Es kann z. B. der angebliche oder wirkliche Schaden geisteskranker Verbrecher in der gewöhnlichen Irrenanstalt nur so gelöst werden und damit hängt dann die Unterbringungsfrage zusammen. Dasselbe bezieht sich auf die Notwendigkeit oder Entbehrlichkeit von Gittern, Zellen usw.

Methoden und wird es noch mehr tun. Die normale makro- und mikroskopische Anatomie hat uns nicht weiter gebracht, auch nicht in der Psychologie, eher schon die Physiologie. Wissen wir ja doch nicht einmal, wo die psychischen Akte vor sich gehen, ob in den Ganglienzellen, die vielfach jetzt nur als Ernährungsstätten aufgefaßt werden, oder in der Nerven-faser oder in beiden zugleich usw., ganz abgesehen noch vom physikalisch-chemischen Vorgange. Und die so viel bejubelte Neuronenlehre ist bereits so modifiziert worden, daß sie fast nur noch einem Schatten gleicht und manche sie überhaupt über Bord werfen. Mehr schon leistete die pathologische Anatomie, besonders in Verbindung mit der Klinik, z. B. bezüglich der Lokalisationsfrage, und hier wieder betreffs der Frage, ob das höchste geistige Geschehen allein im Frontalhirn oder in der gesamten Hirnrinde sich abspielt, was noch besser fundiert erscheint. mag man auch zugeben, daß hierbei das Hirn eine besonders wichtige Rolle spielt. Kürzlich erst hat uns *Anton* eine geniale Methode gelehrt, um mittels des Kompensations-Polar-Planimeters genau und relativ schnell die Dicke und das Volumen der Hirnrinde, des Markes, sowie die einzelnen Hirnteile im Innern zu messen. Leider sind dagegen alle bisherigen Versuche, spezifische Zellenveränderungen für eine Psychose, also die anatomische Diagnose einer bestimmten Erkrankung zu finden, fehlgeschlagen. Sehr hoffnungsreich für die Zukunft erscheinen auch biochemische Untersuchungen. Daher ist die Errichtung von chemischen Laboratorien an psychiatrischen Arbeitsstätten nur noch eine Frage der Zeit. Weniger Erfolg versprechen bakteriologische Methoden.

Jedenfalls soll und darf die experimentell-psychologische Untersuchungsmethode in der Psychiatrie nicht einseitig betrieben werden, sondern daneben behalten alle andern Methoden, die anatomische, chemische, bakteriologische usf. ihre volle Berechtigung. In keiner allein ist das Heil zu suchen, doch erscheint der Wert der einzelnen nicht gleich. Alle diese Methoden haben eins gemein: die Exaktheit, die sich in Zahlen und Kurven ausspricht. Sie gehören also der „Kurven-Psychiatrie“ im weiteren Sinne an. Das immer mehr wuchernde Zahlenwerk soll aber das psychologische

Denken des Psychiaters nicht ersticken und überflüssig machen, sondern durch Schaffung einer breiteren Basis von Tatsachen vielmehr vertiefen und erweitern. Und das eben ist der große Wert der sogenannten „Kurven-Psychiatrie“! Sie setzt sich damit in bewußten Gegensatz zu der noch jetzt vielfach üblichen „Eindrucks-Psychiatrie“, die also vorwiegend mit Eindrücken arbeitet, d. h. mit Erfahrungen, welche durch allerlei Erinnerungsfehler und -täuschungen, Suggestions- und Affektwirkungen usw. kein wahres Bild der Verhältnisse geben, weil sie eben der soliden Zahlenbasis entbehren.

Ein Fall von traumatischer Psychose.

Von

Dr. J. Wende, Kreuzburg-Oberschlesien.

Während sich unter der Einwirkung der modernen Unfallgesetzgebung auf dem Gebiete der traumatischen funktionellen Neurosen ein erheblicher Fortschritt unserer Kenntnisse und Anschauungen bezüglich der Erscheinungsformen und der Pathogenese dieser Erkrankungen herausgebildet hat, ist nach dem übereinstimmenden Urteil neuerer Autoren (*Edel, Sachs und Freund* und andere) unser Wissen von den posttraumatischen Psychosen noch ein wenig ausgedehntes. Das mag einmal darin seinen Grund haben, daß beim Zustandekommen derartiger Seelenstörungen meistens neben dem Trauma noch andere prädisponierende Momente beteiligt zu sein pflegen, deren mehr oder minder wesentliche Bedeutung für die Entstehung der Psychose im Einzelfalle nicht zu bestimmen und abzugrenzen ist — einzelne Lehrbücher der Psychiatrie wie das von *Kraepelin* und *Ziehen* kennen daher auch traumatische Psychosen nicht —, dann aber auch darin, daß für die echten Geistesstörungen die traumatische Ätiologie doch nur eine verhältnismäßig geringe Rolle spielt. So konnten *Sachs* und *Freund* (1), aus einem Materiale von ca. 20 000 Unfällen, das ihnen aus den Akten mehrerer berufsgenossenschaftlicher Sektionen zur Verfügung stand, nur mit Mühe einige Fälle von traumatischen Psychosen herausfinden, während traumatische Neurosen in Überfülle vorhanden waren. *Edel* in Charlottenburg (2) berechnete für die Jahre 1900 und 1901 die Zahl der bei ihm zur Aufnahme gelangten Unfallpsychosen auf etwa $2\frac{1}{2}\%$ seiner Gesamtaufnahmen, bemerkt aber dabei, daß gerade in Charlottenburg viele

Eisenbahnbeamte wohnen, die ein relativ großes Kontingent zu den Unfallserkrankungen stellen. *Wagner* in Königshütte (3) fand unter 90 Fällen von Kopfverletzungen dreimal den Ausbruch einer Psychose, *Stolper* (4) unter 981 Fällen 12 mal, dagegen führt der Preußische Sanitätsbericht für 1870/71 (5) unter 8985 Kopfverletzungen nur 13 Fälle von Geisteskrankheit auf, ein Beweis dafür, daß Geistesstörungen sich nur relativ selten im Gefolge von Kopftraumen einstellen. Die höheren Zahlen von *Wagner* und *Stolper* dürften wohl in der größeren Häufigkeit schwerer Kopfverletzungen im Bergwerksbetriebe ihre Erklärung finden. Die Art der letzteren ist keineswegs ohne Bedeutung, wenn auch nach jedem Kopftrauma Geisteskrankheiten auftreten können. Für die Beurteilung der Wirkungsweise einer Kopfverletzung muß ihre psychische und mechanische Einwirkung auseinandergehalten werden, von denen jede für sich zur Entstehung einer Psychose Anlaß geben kann. In der Regel dürfte eine solche bei rein oder vorwiegend psychischer Einwirkung nur bei bereits bestehender individueller Disposition bzw. beim Vorhandensein von noch anderen prädisponierenden Faktoren sich einstellen. Der mechanische Anteil an der Wirkung der Kopfverletzung äußert sich, abgesehen von den Fällen umfangreicher Zertrümmerung des Schädels und Gehirns, vorwiegend in dem Auftreten einer Gehirnerschütterung, die als wesentliche Grundlage für das Zustandekommen einer rein traumatisch bedingten Psychose angesehen werden muß. Nach den Untersuchungen von *Luzenberger* (6), *Bikeles* (7), *Scagliosi* (8), *Schmaus* (9), *Büdinger* (10), *Dinkler* (11), *Köppen* (12) und anderen besteht der Wirkungsmodus der Gehirnerschütterung in einer primären Gefäßstörung durch Alteration des Gefäßnervensystems und der Gefäßwandungen — letztere anatomisch charakterisiert durch hyaline Entartung und Rundzelleninfiltration der Wandungen, Erweiterung der Gefäßscheiden und Anfüllung derselben mit Blutpigment und Rundzellen, aneurysmatische und lakunäre Ausbuchtung der Kapillaren, frühzeitiges Auftreten von Endarteriitis obliterans u. a. —, der sekundär auf dem Wege der Ernährungsstörung regressive Veränderungen der Neuroglia- und Ganglienzellen, bestehend in Chromatolyse, Vakuolenbildung im Zellleibe und Homogenisierung des Kerns, sowie in variköser Atrophie bis

zum völligen Zellschwunde folgen. Die Intensität der Gehirnerschütterung braucht dabei gar keine besonders große zu sein; selbst schon eine verhältnismäßig geringfügige kann bedeutende psychische Störungen im Gefolge haben. Sehr interessant ist in dieser Hinsicht eine Selbstbeobachtung *Nückes* (13), bei dem nach einem heftigen Schläge ins Gesicht sich ein ca. 15 Minuten anhaltender Dämmerzustand mit Amnesie entwickelte. — Nach der bisherigen Kasuistik zeigen die traumatischen Psychosen in ihren Symptomen keinen einheitlichen Charakter; sie stellen keineswegs ein umschriebenes, gut abgegrenztes Krankheitsbild dar, sondern setzen sich aus einer Anzahl der verschiedenartigsten psychischen Erscheinungen zusammen, die teils bestimmte bekannte Psychosen darstellen, teils aber auch einen mehr oder weniger unbestimmten Charakter tragen. *Edel* nennt außer den von den traumatischen Neurosen bekannten neurasthenischen und hysteriformen Symptomen, wie Kopfschmerz, leichte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz u. a. ängstliche halluzinatorische Stupidität mit interkurrenten Aufregungen, Melancholie mit Stupor, halluzinatorischen Stupor mit katatonischen Erscheinungen, atypisches zirkuläres Irresein mit paranoischen Zügen, imperative Akte, Zerstörungsdrang, moralische Depravation, Demenz u. a., außerdem berichtet er über einen prägnanten Fall von typischer Dementia paralytica nach einer Kopfverletzung. Nach seinen Erfahrungen sind die chronischen Psychosen nach Unfällen degenerativer Art und führen zum Niedergange der geistigen und ethischen Kräfte teils mit, teils ohne Lähmungserscheinungen. Nach *Werner* (14) finden sich ebenfalls im Bilde der traumatischen Psychosen die verschiedensten Irreseinsformen, doch zeigen ihre Symptome, die, einzeln für sich betrachtet, nichts spezifisches an sich haben, in ihrer Gesamtheit oft gewisse charakteristische Eigentümlichkeiten. Diese allgemein eine Psychose als traumatisch kennzeichnenden Momente bestehen nach ihm im wesentlichen in dem „Vorwalten psychischer Schwachzustände, mit der Tendenz zur Entartung und Demenz, ferner oft in auffallender Gemütsreizbarkeit mit explosiven Affektausbrüchen sowie in einer häufigen Komplikation dieser Zustände mit vasomotorischen, sensibeln und motorischen Störungen, die bald den Charakter der Reizung, bald den der Schwäche zeigen“. Auf

dieser Grundlage versucht *Werner* eine systematische Gruppierung der traumatisch-psychotischen Erscheinungen, wie eine solche bereits vor ihm von anderen Autoren wie *Krafft-Ebing* (15), *Schüller* (16), *Hartmann* (17), *Guder* (18), *Legrand du Saulle* (19), *Wille* (20), *Richter* (21) u. a. von anderen Gesichtspunkten aus angestrebt worden ist. Schon die Anzahl dieser Namen weist darauf hin, daß eine in jeder Hinsicht befriedigende Gruppierung nicht erreicht worden ist — und wohl auch im Hinblick auf die Fülle und den Wechsel der Symptome nicht erreicht werden kann. *Werner* unterscheidet innerhalb der traumatischen Psychose ein Delirium traumaticum, dann organisch bedingte Schwächezustände (*Dementia traumatica*), ferner traumatische epileptische Geistesstörung und endlich eine solche auf der Grundlage wesentlich funktioneller traumatisch hervorgerufener Störungen (vasomotorische Symptome, Erscheinungen traumatischer Cerebrasthenie und Hysterie bzw. Hystero-Epilepsie). Die Erscheinungsformen, unter denen sich diese letzte Gruppe präsentiert, sollen nach ihm für die auf der Basis des vasomotorischen Symptomenkomplexes entstandenen Geistesstörungen Erregungszustände mit maniakalischer epileptoider, selten paranoischer Färbung sein, für die auf dem Boden der traumatischen Neurasthenie sich entwickelnden Formen Transformation in reine Psychosen, meist Hypochondrie und Melancholie, seltener Verrücktheit und Demenz, und für die im Gefolge der traumatischen Hysterie erscheinenden Seelenstörungen halluzinatorische Delirien traumhafter Verwirrung oder protahierte Dämmerzustände. — Die psychischen Hemmungszustände, die bisweilen im Bilde der traumatischen Psychosen erscheinen, ja in demselben dominieren können, haben in dieser Gruppierung keine besondere Berücksichtigung gefunden.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen sei es mir gestattet, im folgenden einen Fall von traumatischer Psychose, den ich gelegentlich einer Nachuntersuchung eingehender beobachten konnte, näher mitzuteilen. Derselbe dürfte in verschiedener Hinsicht ein gewisses Interesse beanspruchen, einmal deshalb, weil die Psychose zweifellos eine rein traumatische ist, dann aus dem Grunde, weil sie sich bei einem bis dahin körperlich und geistig gesunden Individuum entwickelt hat, und schließlich auch wegen der eigen-

artigen Form der Seelenstörung, die eine Einreihung in die obige Einteilung *Werners* wohl kaum zulassen dürfte.

Am 3. November 1900, vormittags 10 Uhr, erlitt in der Maschinenbauanstalt B. der Maschinenarbeiter K. A., der damals 33 Jahre alt war, dadurch einen Unfall, daß er bei der Montage einer Werkzeugmaschine, auf einer niedrigen Rüstung stehend, fehltrat und auf den Fußboden fiel, wobei er sich eine Abschürfung der Haut an der Stirn und am Knie zuzog. A., der erst seit dem 25. Oktober d. J. im Betriebe der Maschinenbauanstalt beschäftigt war, gehörte der Krankenkasse für die Fabriken der B.er Aktiengesellschaft für Eisenbahnwagenbau an und wurde von dem Kassenarzte Dr. B. an den Unfallsfolgen behandelt. Bei der ortspolizeilichen Verhandlung des Unfalls am 9. Januar 1901 erklärte er: „Ich war bei dem Aufstellen einer Werkzeugmaschine behilflich, stand auf einer angebrachten Rüstung, trat versehentlich fehl und fiel von der ca. 2 m hohen Rüstung auf den Fußboden, mit der rechten Stirnseite auf eine eiserne Schraube, wodurch ich mir die Stirnwunde zuzog. Der Unfall ist einem unglücklichen Zufalle zuzurechnen, und trifft eine dritte Person keinerlei Schuld.“ Dieser Darstellung des Unfalls schloß sich der Monteur R. Ad., der bei demselben zugegen gewesen war, völlig an: gleichzeitig wurde festgestellt, daß A. vor dem Unfälle mit einem körperlichen oder geistigen Gebrechen nicht behaftet gewesen war, sowie daß das Heilverfahren noch nicht sein Ende erreicht hatte. Unter dem 29. Januar 1901, also fast drei Monate nach dem Unfälle, erstattete dann der Kassenarzt Dr. B. auf Requisition der Berufsgenossenschaft folgenden Bericht über den Zustand des Verletzten: „Auf der rechten Hälfte der Stirn bestand eine etwa 4 cm lange Weichteilwunde mit unregelmäßigen Rändern; in ihrer Umgebung und auf der Nase mehrere Hautabschilferungen; am rechten Knie eine eben solche. Bei der letzten Untersuchung waren die Wunde an der Stirn und alle Hautabschilferungen vollständig geheilt; seit dem Unfälle klagt aber A. über Schwindel und Kopfweh.“ Da auch nach einer Mitteilung seiner Gattin vom 25. März 1901 A. sich infolge des Unfalls „geistig geschwächt“ zeigte und über kolossalen Schwindel und Kopfstechen klagte, wurde er nunmehr dem Institute zur Behandlung von Unfallverletzten zu B. überwiesen, das nach wiederholten ärztlichen Untersuchungen ein Gutachten über ihn abgab, in welchem die Zubilligung einer Rente in Höhe von 50% für die nächsten sechs Monate empfohlen wurde. Aus diesem Gutachten sind folgende Feststellungen von Bedeutung. A. berichtete, daß er unmittelbar nach dem Falle, wie ihm Augenzeugen erzählt haben sollen, besinnungslos gewesen wäre; hernach sei er von selbst aufgestanden, doch hätten ihn, da er ganz dröhnig im Kopfe gewesen wäre, Arbeiter in den Verbandraum führen müssen. Nach Anlegung eines Notverbandes habe man ihn an die freie Luft gebracht, worauf er auf seine Frau, die ihm Essen bringen sollte, gewartet habe; nach dem Eintreffen derselben habe er nur ganz langsam und mit Unterstützung gehen können, auch habe er mehrfach unterwegs erbrechen müssen und Schwindelgefühl gehabt. Während der nächsten Tage wäre ebenfalls öfter

Erbrechen eingetreten, ebenso hätte er später viel an Übelkeit gelitten. Gegenwärtig habe er noch „wunde“ Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, das sich vorwiegend beim Aufstehen und bei den ersten Schritten bemerkbar mache; wenn er mit dem Kopfe schüttelte, wäre es, als ob es „hüben und drüben im Kopfe anschlage“. In der ersten Zeit habe er auf dem linken Auge fast gar nichts gesehen und auf dem linken Ohre fast gar nichts gehört; das hätte sich aber wieder gegeben. Auf dem rechten Schienbeine komme er bei Witterungswechsel kaum fort; es sei „so ein komischer Schmerz“ in demselben. Seit dem Unfalle wäre er auch sehr vergeblich geworden, z. B. merke er sich keine Aufträge mehr, auch rege ihn alles innerlich sehr auf. Seine Ehefrau erzählte, es gebe Augenblicke, wo er so wütend sei, daß sie mit den Kindern, um sich zu schützen, das Zimmer verlassen müsse. Ihr Mann wäre sehr langsam, sehr vergeblich, schlafe wegen der Stiche im Kopfe nachts schlecht, und hätte nur geringen Appetit. — Bei der körperlichen Untersuchung ergab sich, daß A., namentlich im Gesicht, stark abgemagert war, eine fahle, ungesunde Gesichtsfarbe besaß, und für gewöhnlich einen müden, leidenden Gesichtsausdruck zeigte. Auf der rechten Stirnseite fand sich eine belanglose, mehrere Zentimeter lange Hautnarbe, die darunter liegende Knochensubstanz war unversehrt. Die ganze vordere Hälfte des Schädels, insbesondere die Schläfenteile, wurden als auf Druck schmerzhaft bezeichnet. Beim Aufstehen bestand während der ersten Momente eine gewisse körperliche Unsicherheit, ebenso erfolgte beim Aufrechstehen mit geschlossenen Augen ein deutliches Schwanken des Körpers. Bewegungs- und Empfindungsfähigkeit zeigten keine besonderen Störungen. A. sprach mit leiser, müder Stimme, angeblich weil er „solche Kopfschmerzen und Schwindelgefühl“ hatte. Das rechte Schienbein war im oberen Drittel auf Druck empfindlich, doch waren Spuren der vorangegangenen Verletzung an demselben nicht mehr sichtbar. Die Sehnen- und Hautreflexe waren deutlich, aber nicht abnorm gesteigert. Herz und Nieren funktionierten intakt. Dagegen ergab sich bei einer wiederholten Untersuchung der Lungen, daß der Klopfeschall über der rechten Spitze sowohl vorn wie hinten verkürzt war; auch hörte man an diesen Stellen deutlich verschärftes Atmen beim Expirium und zeitweise feuchte Rasselgeräusche. Mit Rücksicht auf diesen Befund wurde das Gutachten dahin abgegeben, „daß A. an einer beginnenden Erkrankung des Lungengewebes leidet, die weder durch den Unfall entstanden ist noch durch denselben eine Verschlimmerung erfahren hat. Durch den Sturz aus einer Höhe von 2 m, bei welchem A., nach der Weichteilwunde an der Stirn zu schließen, vor allem mit dem Kopf aufgeschlagen ist, kann auch eine Schädigung des Nervensystems funktioneller Natur entstanden und zurückgeblieben sein, obwohl wiederholte Untersuchungen keine deutlichen objektiven Symptome einer traumatischen Erkrankung desselben ergeben haben“. Wie bereits erwähnt, wurde unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse empfohlen, dem Verletzten eine Rente von 50% für die nächsten sechs Monate zuzubilligen. Gegen diese Entscheidung erhob die Ehefrau A.s Ein-

spruch, indem sie beantragte, ihrem Mann eine Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zuzusprechen, da derselbe vollständig arbeitsunfähig wäre. Nunmehr wurde seitens des Schiedsgerichts von dem Privatdozenten Dr. B. ein Gutachten über den Grad der Erwerbsunfähigkeit etc. eingefordert, das derselbe am 23. Juni 1901 erstattete. In diesem äußerte er sich folgendermaßen: „A. macht einen schwerkranken Eindruck; die Hautfarbe ist fahl, das Fett überall geschwunden; der Gesichtsausdruck ist matt, etwas deprimiert, die Haltung steif, der Gang langsam. Von nervösen Erscheinungen besteht eine doppelseitige Abschwächung des Kniescheibensehnenreflexes, der oft nur mittels Jendrassik'schen Handgriffs auszulösen ist. An den Extremitäten findet sich ein leises Zittern, dagegen geschehen gröbere und feinere Bewegungen derselben ohne Ataxie. Die Schmerz- und Berührungsempfindung zeigt nirgends eine grobe Störung, während die grobe motorische Kraft überall herabgesetzt ist. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt Schwanken ein. Die Pupillen reagieren gut. Bei allen diesen Prüfungen fällt das eigenartige psychische Verhalten des A. auf; er ist ohne jede Initiative, bleibt, wenn man ihn gewähren läßt, stehen, wo er steht, und behält ihm gegebene Stellungen bei. Alle Reaktionen erfolgen verlangsamt, er beschränkt sich auf einsilbige Antworten. Es besteht ein weitgehender Ausfall des Gedächtnisses, der sich insbesondere auf die allerjüngste Vergangenheit erstreckt. A. vergißt, was man ihm Sekunden zuvor gesagt und gezeigt hat; er ist zeitlich und örtlich und über den Zweck seines Hierseins nicht orientiert. Entsprechend diesem Ausfalle an Merkfähigkeit bestehen grobe Erinnerungslücken für die nächste Vergangenheit; A. weiß nichts von seinem Unfall; was von ihm an erhaltenen Erinnerungen in Erfahrung zu bringen ist, beschränkt sich auf den Namen seiner Frau, seines Kindes; ferner sagt er, daß er früher Uhrmacher gewesen ist und in der Maschinenfabrik bei L. gearbeitet hat. Im übrigen bekommt man immer nur zur Antwort „ich weiß nicht.“ — Es besteht eine große Erschwerung des Denkens, man sieht A. an, daß er durch Fragen und überhaupt durch Anforderungen an seine Gedankentätigkeit angestrengt wird. Der Defekt psychischer Leistung erstreckt sich auch bis auf die elementaren Vorgänge des Lesens und Schreibens; es gelingt, gelegentlich ihn zum Lesen einiger Buchstaben zu bringen, meist verharrt er, wenn er einen richtig gelesen hat, dann bei diesem. Schreiben kann er weder spontan noch auf Diktat, auch seinen Namen nicht. Hinsichtlich der Fähigkeit, Erinnerungen wiederzugeben, bestehen Schwankungen; manchmal ist überhaupt nichts zu erfahren. Der Kranke erscheint dauernd ganz affektlos; nach seinem Befinden gefragt, klagte er über Kopfschmerzen. Nach den Angaben seiner Ehefrau soll A. ganz ruhig und gleichgültig geworden sein; er tue von selbst nicht, wasche und kämme sich aber aufgefordert, auch halte er sich rein; die libido sexualis sei gänzlich erloschen. — Die Zusammenfassung der bei A. bestehenden nervösen Störungen auf geistigem Gebiete ergibt einen völligen Ausfall an Willensäußerungen und eine Neigung zum Innehalten von Stellungen, weiterhin eine Verlangsamung des Denkprozesses, einen weit-

reichliches dunkles Haupthaar. Auf Druck war der Stirnteil des Schädels angeblich schmerzhaft. — Im Bereiche der Augenbewegungen bestanden keinerlei Störungen; die Pupillen waren beiderseits gleich, meist mittelweit, und zeigten die gewöhnliche Reaktion auf Lichteinfall und Akkommodation. Am Augenhintergrunde nichts besonderes; keine Facialisparesie. Mund- und Rachenhöhle boten keine Besonderheiten; der Gaumensegelreflex war intakt, die leicht belegte Zunge wurde gerade und ohne Zittern hervorgestreckt. Das Gebiß war gut erhalten. — Der Brustkorb zeigt einen etwas schwächlichen Bau und eine nur mäßige Wölbung; die unteren Lungenränder standen etwas tiefer wie in der Norm, waren aber gut beweglich. Die rechte Oberschlüsselbeingrube erschien etwas eingezogen; über derselben vorn und hinten leicht verkürzter Kopfschall; das Atemgeräusch war hier im allgemeinen abgeschwächt, zeigte aber ein verschärftes Expirium; besondere Nebengeräusche bestanden nicht. Die Herzdämpfung war von gewöhnlicher Größe; Herztöne laut und rein. An den Organen der Bauchhöhle fanden sich keine besonderen Veränderungen. Im Urin weder Eiweiß noch Zucker. — Die Funktion der Sinnesorgane war, soweit sich bei dem psychischen Verhalten des Patienten eine Prüfung derselben vornehmen ließ, intakt; die Sensibilität zeigte sich in allen ihren Formen ungestört, dagegen war die grobe motorische Kraft erheblich herabgesetzt. An den Händen bestand, namentlich bei längerer Anspannung der Muskulatur, ein mäßiger, grobschlägiger Tremor; die Sprache war zwar sehr langsam, aber frei von besonderen organischen Veränderungen. Sehr auffällig alteriert zeigte sich der Gang. A. war völlig außerstande, auch nur einen Schritt ohne Unterstützung zu gehen; bei jedem Versuche, den er machte, knickte er sofort zusammen und ließ die Beine hilflos nachschleppen; er war dabei sichtlich bemüht, an jedem festen Gegenstande, den er erreichen konnte, einen Halt zu gewinnen. Die gleiche Unsicherheit zeigte er auch beim Stehen mit geschlossenen Augen und Fußspitzen, wobei er, wenn er nicht gestützt wurde, sofort in ein lebhaftes Schwanken geriet und schließlich nach der rechten Seite hin umfiel. — Von den Hautreflexen war der Bauchdeckenreflex sehr lebhaft, der Fußsohlenkitzel- und -stichreflex vorhanden, dagegen konnte der Cremasterreflex auf beiden Seiten nicht ausgelöst werden. Die Patellarreflexe zeigten eine deutliche Steigerung, waren aber beiderseits gleich stark; am rechten Beine ließ sich Fußclonus auslösen. Der Achillessehnenreflex war beiderseits vorhanden. — Auffällig war noch bei dem Patienten das erhebliche Kältegefühl, das sich in kurzer Zeit nach dem Entblößen des Körpers bei Zimmertemperatur einstellte; er fing dann am ganzen Körper lebhaft zu zittern an, klapperte mit den Zähnen und klagte über unerträgliches Kältegefühl und über eine Steigerung seiner Kopfschmerzen. — Stuhl- und Urinentleerung zeigten keine besondere Störung. — In diesem körperlichen Verhalten trat während der sechswöchigen Beobachtungsdauer eine besondere Änderung nicht ein. Die Temperatur besaß stets eine normale Höhe, während die Pulsfrequenz meist eine mäßige Beschleunigung auf 85—90 Schläge in der Minute aufwies, die sich zuweilen, nament-

gehenden Gedächtnisausfall, einen Verlust der Merkfähigkeit und infolgedessen eine völlige Unfähigkeit, sich zu orientieren. Es liegt hiernach bei A. ein seltenes Krankheitsbild vor, das nach den hauptsächlichsten Zügen als akute Demenz (Blödsinn) zu bezeichnen ist. Die Krankheit ist mitunter einer Heilung, jedenfalls aber einer weitgehenden Besserung zugänglich. Der Verdacht der Simulation, der im Hinblick auf den Ausfall elementarer, sonst selten fehlender psychischer Fähigkeiten auftauchen kann, kann bei genauerer Untersuchung nicht aufrecht erhalten werden. A. ist zurzeit vollständig erwerbsunfähig; dieser Zustand wird sich voraussichtlich ändern, eine Nachuntersuchung deshalb sich in etwa $\frac{3}{4}$ Jahren empfehlen.“ In der Folgezeit ist, wie mehrfach durch ärztliche Untersuchungen festgestellt werden konnte, eine Besserung dieses Krankheitszustandes nicht eingetreten. — Über das Vorleben des Patienten macht seine Ehefrau folgende Angaben. Die Eltern sollen bereits vor längerer Zeit an unbekannten Krankheiten gestorben sein, während zehn Geschwister leben und gesund sind. Als Kind soll A. nie weiter krank gewesen sein. Wie er in der Schule gelernt hat, war der Frau nicht bekannt, doch vermutete dieselbe, ganz gut, da Patient vor seiner Erkrankung einen „sehr hellen Kopf“ hatte. Soldat war A. nicht. Schwerere Krankheiten hat A. auch späterhin nicht durchgemacht, Schnapstrinker soll er nie gewesen sein. Er galt als ein ordentlicher, arbeitsamer Mensch, der ein gutes Auskommen hatte und in glücklicher Ehe lebte. Über eine ererbte Disposition zu Geisteskrankheiten ist nichts bekannt. -- In der letzten Zeit soll Patient ganz ruhig, aber vollkommen apathisch und indolent gewesen sein und beständig über heftige Kopf-, Kreuz- und Beinschmerzen geklagt haben.

Im Juli d. J., also etwa zwei Jahre nach der Untersuchung durch Privatdozent Dr. B., kam A. in meine Beobachtung; er war ein mittelgroßer, mäßig kräftig gebauter Mann, in ziemlich mangelhaftem Ernährungszustande. Die Muskulatur war schlaff, atropisch, das Fettpolster fehlte fast gänzlich. Das Gesicht zeigte eine welke, faltige Haut von blasser, grauweißer Farbe, während die übrige Körperhaut die gewöhnliche Färbung besaß. Die Temperatur war normal, der Puls regelmäßig, ziemlich kräftig, aber leicht beschleunigt (ca. 90 Schläge in der Minute). Eine Schlängelung oder Rigidität der sicht- und fühlbaren Schlagadern bestand nicht. Besondere Narben am Körper mit Ausnahme einer ganz unbedeutenden, etwa linsengroßen Hautnarbe in der Mitte des rechten Stirnbeins, unter der der Knochen völlig intakt war, fanden sich nicht vor; die Drüsen in beiden Leistenbeugen, sowie vereinzelt nuchale und submaxillare auf der rechten Seite waren leicht vergrößert, aber auf Druck nicht schmerzhaft. Die Haut beider Skrotalfalten war ekzematös infiltriert und gerötet. — Der frei bewegliche Kopf besaß eine länglich-ovale Form mit stark hervorspringender Protuberantia occipitalis externa, blieb aber in seinen Maßen etwas hinter dem normalen Durchschnitt zurück; sein Umfang betrug nur 53 cm. Beide Schädelhälften waren symmetrisch und zeigten nirgends besondere Hervorwölbungen oder Depressionen; die Kopfhaut trug

lich bei psychischer Erregung des Patienten, auf 100—110 Schläge steigerte. Husten und Nachtschweiße wurden bei A. nicht beobachtet, dagegen hatte derselbe einmal eine leichte Hämoptoe. Was sein psychisches Verhalten anbelangt, so zeigte sich A. bei der Aufnahme völlig ruhig, verhielt sich aber gegenüber den für ihn neuen Verhältnissen, in die er hineinkam, durchaus apathisch. Er ließ sich, ohne dabei seinerseits irgend welche Initiative zu zeigen, auf die Wachabteilung führen, was bei seiner mangelhaften Gehfähigkeit nur mit Unterstützung von zwei Wärtern möglich war, und zu Bett bringen. In diesem lag er in gekrümmter Haltung mit an den Leib gezogenen Beinen still da, ohne den Vorgängen und Personen in seiner Umgebung irgend welches Interesse zuzuwenden; spontan erfolgte seinerseits weder eine Äußerung noch eine Frage. Seine schlaffen, welken Gesichtszüge zeigten einen bekümmerten, leidenden Ausdruck, den sie auch während der ganzen Beobachtungsdauer beibehielten. Auf einzelne, an ihn gerichtete Fragen versuchte A. Auskunft zu geben, indem er mit matter Stimme schleppend antwortete. Hierbei zeigte er neben einer gewissen psychischen Hemmung, die abgesehen von der Langsamkeit seiner Äußerungen auch darin zum Ausdruck gelangte, daß diese ersichtlich eine intensive Anstrengung für ihn bedeuteten, beträchtliche psychische Störungen, die sich in einer ausgedehnten Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der intellektuellen Funktionen und der Urteilsfähigkeit äußerten, so daß infolgedessen sein Geisteszustand bei oberflächlicher Untersuchung mit dem eines hochgradig schwachsinnigen Individuums eine gewisse Ähnlichkeit hatte. A. war gänzlich außerstande, Fragen nach den elementarsten Dingen zu beantworten. Zeitlich und örtlich zeigte er sich völlig unorientiert; er wußte weder, wo er sich befand, noch konnte er jemals Datum oder Wochentag oder die jeweilige Dauer seines Aufenthalts in der Anstalt angeben. Auf die einfachsten Fragen wie nach seinem Geburtstage, seinem Alter, seinem Vorleben, seiner früheren Beschäftigung, nach der Anzahl seiner Geschwister, nach seinen Schulkenntnissen, seinem Unfall, der von ihm bezogenen Rente usw. erwiderte A. entweder nach längerem Besinnen „das weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen,“ oder er brachte nach einer Pause direkt unsinnige Antworten heraus, so daß der Verdacht einer beabsichtigten Täuschung entstehen konnte. Zur Charakterisierung dieses psychischen Verhaltens mag hier der Inhalt einiger Explorationen des Patienten, wie er stenographisch festgelegt worden ist, eine beschränkte Wiedergabe erfahren.

Wie heißen Sie? „Karl A.“. Wann geboren? (nach einer Pause) „Das weiß ich nicht.“ Wie alt sind Sie? „Das weiß ich nicht.“ Wie lange sind Sie hier? (schweigt); dann nach einer Wiederholung der Frage (mit matter Stimme): „Das weiß ich nicht.“ Wann sind Sie hierher gekommen und warum? (fängt zu weinen an) „Das weiß ich nicht.“ Welches Datum, was für ein Tag, welche Jahreszeit? (nach längerem Besinnen) „Das weiß ich nicht.“ Wo sind Sie hier? (schweigt). Auf energisches Anrufen „In einer Anstalt; ein Herr (Wärter) hat mir das gesagt.“ Was sollen Sie hier? (fängt zu weinen

an) „Das weiß ich nicht; ich habe doch nichts verbrochen.“ Wohin kommen Leute, die etwas verbrochen haben? „Das weiß ich nicht.“ Wohin kommt jemand, der stiehlt? (nach längerer Pause) „In eine Anstalt.“ In was für eine? „Das weiß ich nicht:“ auf wiederholtes Befragen „wenn jemand stiehlt, dann schlägt man ihn.“ Woher sind Sie gekommen? (schweigt). Nach wiederholtem Fragen „aus Br.“ (falsch). Was haben Sie dort getan? „Ich bin mit meiner Frau da gewesen.“ Wie heißt Ihre Frau? „Olga“ (stimmt). Was für eine geborene? (nach einer Pause) „Das weiß ich nicht.“ Wie heißt Ihr Kind? „Georg“ (falsch). Sind Sie katholisch? (nach einer Weile) „Ja.“ Warum können Sie denn so schlecht gehen? „Das Bein tut mir weh!“ Das linke? „Ja;“ (stützt sich aber bei Gehversuchen auf dasselbe). Was fehlt Ihnen denn eigentlich? „Ich habe viel Schmerzen.“ Wie lange haben Sie schon die Schmerzen? (nach längerem Besinnen) „Das weiß ich nicht.“ Wovon sind die Schmerzen gekommen? „Ach, die sind wohl allein gekommen.“ Sind Sie früher immer gesund gewesen? „Das weiß ich nicht;“ (nach einer Pause) „ich bin wohl schon immer krank gewesen.“ Haben Sie noch Geschwister? „Nein;“ (hat nach Angabe der Frau noch zehn). Was war Ihr Vater? „Das weiß ich nicht.“ Was sind Sie früher gewesen? „Ich bin nichts gewesen.“ Haben Sie einmal einen Unfall erlitten? „Nein, ich weiß nicht.“ Wovon haben Sie denn gelebt? „Meine Frau hat mir gegeben.“ Woher sind Sie hierher gekommen? „Aus Breslau“ (falsch). An welchem Flusse liegt das? „Das weiß ich nicht.“ In welchem Lande? „Lande? Das weiß ich nicht.“ Wie heißt der Kaiser? „Ach, den kenne ich nicht.“ Wieviel 3×3? (Verzieht das Gesicht und fängt zu weinen an) „Das weiß ich nicht.“ Wieviel 5+8? (nach einer Pause) 5.“ Zählen Sie einmal von 1 an! (Langsam) „1, 3, 5, 2, 8.“ (hört dann auf und kann nicht mehr weiter). Können Sie schreiben und lesen? „Ach, das habe ich ja nicht gelernt;“ (falsch) hat früher recht gut geschrieben). Sind Sie in eine Schule gegangen? „Das weiß ich nicht. — Zehnpfennigstück vorgehalten; (nach längerem Betrachten und nochmaligem Hin- und Herdrehen) „Das sind Zehnpfennige.“ Woraus hergestellt? (nach einiger Zeit) „Aus Blei.“ Thaler gezeigt; (nach längerem Beschauen „Das ist ja gar kein Geldstück.“ Zehnmarkstück gereicht; (nach einer Pause) „Das kenne ich nicht.“

Während der Explorationen zeigte A. öfter eine gesteigerte psychische Depression; er klagte dann über Kopf-, Rücken- und Beinschmerzen, hielt sich den Kopf mit den Händen und war weinerlich gestimmt. Auch bei den täglichen ärztlichen Besuchen brachte er auf die Frage nach seinem Befinden ständig Klagen über seine Kopfbeschwerden vor. — Auffällig war, daß A. zu anderen Zeiten einer Reihe von psychischen Äußerungen fähig war und eine Urteilsfähigkeit zeigte, die man nach seinem sonstigen psychischen Verhalten von ihm nicht erwarten konnte; so war er z. B. imstande, ziemlich genaue Angaben über seine Schmerzen und Beschwerden zu machen, nicht nur hinsichtlich ihres Sitzes, sondern auch hinsichtlich der Art derselben; er zeigte die Stelle, wo er im Kopfe Schmerzen hatte („quer über den ganzen Vorder-

kopf hinweg“) und meinte, er dürfe den Kopf nicht schütteln, da es ihm dann im Kopfe „anschlüge“; im Beine hätte er fortwährend Stechen und im Rücken „breche“ es ihm beständig (berührte dabei mit der Hand eine Stelle mitten auf der Wirbelsäule). Ebenso gab A. bei der Prüfung der Schmerzempfindung und des Raumorientierungsvermögens durchaus bestimmte Antworten; er konnte nicht nur die Stellen, an denen er die Nadelstiche empfand, bezw. die Lage seiner Extremitäten sicher zeigen, sondern er machte auch völlig richtige Angaben über die Qualität der Empfindung (Schmerz- oder Berührungsempfindung). Aufgefordert, behufs körperlicher Untersuchung verschiedene Lagen im Bette einzunehmen, tat dies A. ohne weiteres; er drehte sich um, setzte sich auf, spreizte die Beine, atmete auf Kommando tief ein und aus usw. Einer besonderen Unterstützung bedurfte er bei diesen Bewegungen nicht. — Als einmal behufs Prüfung der Schmerzempfindung stärkere faradische Ströme bei A. zur Anwendung gelangten, äußerte er unter den Erscheinungen einer erheblichen psychischen Alteration: „Ach Gott, warum quälen Sie mich noch bei meinen Schmerzen; meine Schmerzen verschlimmern Sie mir ja. Machen Sie mich doch gleich lieber tot, ach, sind Sie doch so gut und machen Sie mich tot; ich will ja so gern sterben; wenn Sie meine Schmerzen hätten und wüßten . . . — Im übrigen zeigte A., wie bereits bemerkt, seiner Umgebung gegenüber weiter gar kein Interesse; er saß meist in sich zusammengekauert, den Kopf zwischen den Händen versteckt, in einem Lehnstuhle und reagierte auf die Vorgänge in seiner Umgebung nicht weiter. Neigung zu irgend einer Beschäftigung körperlicher oder geistiger Art äußerte er nie. Äußerlich hielt er sich sauber; er richtete seine Bedürfnisse in der gehörigen Weise, wusch sich ohne besondere Aufforderung und zog sich auch allein an. Die Nahrungsaufnahme war im allgemeinen eine wenig befriedigende, so daß A. öfter zum Essen genötigt werden mußte; infolgedessen ging auch während der Dauer der Beobachtung sein Ernährungszustand nicht unerheblich zurück. Der Stuhl war beständig angehalten, der Schlaf zeitweise unterbrochen, im allgemeinen aber leidlich. Symptome katatonischer Natur, besondere Wahnideen und Halluzinationen wurden bei A. nicht beobachtet.

Der vorstehend geschilderte Fall dürfte in mehrfacher Beziehung von Interesse sein; zunächst stellt er, wie bereits bemerkt, eine rein traumatische Seelenstörung dar, die sich im Anschlusse an eine Kopfverletzung geringfügiger Art bei einem bis dahin körperlich und geistig gesunden und anscheinend auch psychopathisch nicht belasteten Individuum entwickelt hat. Wenn auch der Bewußtseinsverlust usw. sowie das Schwindelgefühl und das Erbrechen nach dem Sturze als Symptome einer leichten Gehirnerschütterung aufzufassen sind, so muß doch das Kopftrauma als ein verhältnismäßig geringfügiges bezeichnet werden, da es nur

bedeutungslose Hautabschürfungen zur Folge hatte, die in kurzer Zeit zur Heilung gelangten. Trotzdem machten sich schon bald darauf bei A. Symptome eines nervösen Allgemeinleidens bemerkbar, zu denen sich psychische Störungen hinzugesellten; beide erreichten dann in der Folgezeit eine derartige Höhe, daß A. als schwerkrankes Individuum völlig arbeitsunfähig wurde. — Die krankhaften Erscheinungen auf nervösem Gebiete, die teils, wie die später wieder geschwundenen Gesichts- und Gehörsstörungen, hysteriformer Natur waren, teils, wie die verschiedenen Schmerzempfindungen, die gesteigerte Reflexerregbarkeit, die Ataxie, das Rombergsche Zeichen u. a., einen mehr neurasthenischen Charakter zeigten, müssen als funktionelle Störungen aufgefaßt werden, da bei der Geringfügigkeit des Traumas eine anatomische Grundlage derselben ausgeschlossen sein dürfte. Diese Symptome waren im allgemeinen während des Krankheitsverlaufs abgesehen von einer gewissen Steigerung ihrer Intensität ihrem Charakter nach konstant, mit Ausnahme der Patellarreflexe, die ein eigentümliches Verhalten zeigten. Während dieselben zu Beginn der Erkrankung nach dem Gutachten des Instituts zur Behandlung von Unfallverletzten eine deutliche Steigerung aufwiesen, zeigten sie wenige Monate später (Gutachten des Privatdozenten Dr. B.) eine derartige Abschwächung, daß sie kaum mittels des Jendrassikschen Kunstgriffs ausgelöst werden konnten. Zurzeit sind sie wiederum intensiv gesteigert, auch besteht als Ausdruck der erhöhten Reflexerregbarkeit rechtsseitiger Fußklonus. — Die Störungen auf geistigem Gebiete waren, abgesehen von einer sich zeitweise steigernden psychischen Depression, durch eine bedeutende Verlangsamung ja Hemmung des Denkprozesses charakterisiert, die zu einer Reihe von Ausfallerscheinungen im Bereiche verschiedener psychischer Funktionen wie der Willenssphäre, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit u. a. geführt haben. Daneben ergab die letzte Beobachtung das Bestehen eines eigentümlichen Symptoms, das zuerst von *Ganser* (22) vor mehreren Jahren bei hysterischen Psychosen beobachtet und von ihm als „Vorbeireden“ bezeichnet worden ist. Nach ihm haben über dasselbe *Jolly* (23), *Wernicke* (24), *Hoche* (25), *Cramer* (26) und in letzter Zeit *Räcke* (27) kasuistische Mitteilungen veröffentlicht. Es handelt sich dabei

um einen Zustand räumlicher und zeitlicher Desorientiertheit, in dem auf die elementarsten Fragen ganz unsinnige und mangelhafte Antworten erfolgen, so daß derartige Kranke im ersten Momente den Eindruck von Schwachsinnigen oder Simulanten machen. Allem Anschein nach spielen psychische Denkhemmungen bei dem Zustandekommen dieses Symptomenkomplexes eine bedeutende Rolle. Das psychische Verhalten As., wie es oben geschildert worden ist, entspricht nun durchaus diesem Bilde. — Von besonderem Interesse ist, daß das Gansersche Symptom im vorliegenden Falle einen gewissen Wechsel seiner Intensität insofern zeigte, als bei A. zeitweise Momente auftraten, in denen er eine gewisse, allerdings beschränkte Orientierung besaß und Äußerungen und Urteile produzierte, die man von ihm nach seinem sonstigen psychischen Verhalten nicht erwarten durfte, ein Umstand, der dafür spricht, daß die Erscheinung nur auf einem geistigen Hemmungszustande basieren kann. Dieser Auffassung hat in jüngster Zeit auch *Lücke* (28) Ausdruck gegeben, der gleichfalls bei zwei von ihm beobachteten Kranken einen ähnlichen Wechsel in der Intensität des Symptoms feststellen konnte, der proportional einer mehr oder minder großen Denkhemmung verlief. *Ganser* faßte das Symptom als ein spezifisch hysterisches, speziell dem hysterischen Dämmerzustande eigenes auf, während es nach *Nissl* (29) in erster Linie eine eigenartige Äußerung des katatonischen Negativismus darstellt. — Im vorliegenden Falle sind weder prägnante hysterische noch katatonische Stigmata in Erscheinung getreten. Wenn auch, wie bereits oben bemerkt, im Beginn der Erkrankung bei A. einige hysteriforme Symptome, die übrigens völlig wieder schwanden, bestanden haben, so sind Stigmata der Hysterie doch nicht an ihm beobachtet worden, die die Auffassung der Seelenstörung als hysterisch hätten rechtfertigen können.

Benutzte Literatur.

1. *Sachs u. Freund*, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen.
2. *Edel*, Über Unfallpsychosen. Psychiatr. Wochenschrift 1901 No. 15 u. 16
3. citiert nach *Stolper*.
4. *Stolper, P.*, Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1897 Bd. 13.

5. Sanitätsbericht; traumatische, idiopathische u. nach Infektionskrankheiten beobachtete Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/71; Kap. I u. X,
6. *Luzenberger, A.*, Di Contributo all' anatomia pathologica del Trauma nervoso. Annali di Neurologia, Anno XV Fasc. V 1897.
7. *Bikeles*, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Hirn- und Rückenerschütterung. Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Psysiologie des Zentralnervensystems an der Wiener Universität, herausgegeben von Prof. Dr. *Obersteiner*, 3. Heft 1895.
8. *Scagliosi*, Über die Gehirnerschütterung und die dadurch im Gehirn und Rückenmark hervorgerufenen histologischen Veränderungen. Archiv für pathologische Anatomie und Psysiologie und für klinische Medizin. Bd. 152, Heft 3.
9. *Schmaus*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkerschütterung. Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Bd. 122, 1890.
10. *Büdinger*, Ein Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 41, 1895.
11. *Dinkler*, Mitteilung eines letal verlaufenden Falles von traumatischer Gehirnkrankung. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1895, Bd. 7.
12. *Köppen*, Autoreferat über die traumatischen Veränderungen des Gehirns. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 54.
13. *Näcke*, Dämmerzustand mit Anmesie nach leichter Gehirnerschütterung usw. (Selbstbeobachtung). Neurologisches Zentralblatt 1897 No. 24.
14. *Werner*, Über die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzung. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin 1902, Bd. 23, Supplementheft.
15. *Krafft-Ebing*, Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.
16. *Schüller*, Psychosen nach Kopfverletzung. Dissertation Leipzig 1882.
17. *Hartmann*, Über Geistesstörung nach Kopfverletzungen. Archiv für Nervenheilkunde und Psychiatrie Bd. 15, 1884.
18. *Guder*, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen unter besonderer Berücksichtigung ihrer gerichtsärztlichen Beurteilung. Jena 1886.
19. *Legrand du Saulle*, Les traumatismes cérébraux; Gaz. des hôp. 1885. No. 103.
20. *Wilke*, Über traumatisches Irresein. Archiv für Psychiatrie 1878 Bd. 8.
21. *Richter, P.*, Beiträge zur Klinik und Kasuistik der traumatischen Geistesstörungen. Dissertation, Berlin 1890.
22. *Ganser*, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Archiv für Psychiatrie Bd. 30, Heft 2.
23. *Ebsein u. Schwalbe*, Handbuch. 1900, Bd. 4.

24. *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie. 1900.
25. *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 1901.
26. *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. 1900.
27. *Räcke*, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58.
28. *Lücke*, Über das Gansersche Symptom. ibidem Bd. 60, Heft 1 u. 2.
29. *Nissl*, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Januar 1902.

Schwangerschaft und Diebstahl.

Von

Oberarzt Dr. **Max Fischer**, Illenau.

Über den Geisteszustand einer Frau, welche in der Schwangerschaft Diebstahl verübte und vom Gericht der Anstalt zur Beobachtung zugewiesen war, wurde folgendes Gutachten abgegeben, das als kasuistischer Beitrag für die in der Überschrift genannte forens-psychiatrische Frage von Interesse sein dürfte.

Einige unwesentliche Absätze sind ausgelassen worden.

1. Tatbestand.

An einem Februar-Nachmittag wurden in der Stadt A. folgende Diebstähle ausgeführt:

- a) in einem Hotel 22 Kaffeelöffel im Werte von 20 M.,
- b) bei einem Kaufmann mehrere Kleidungs- und Wäschestücke im Werte von 7,60 M.,
- c) bei einem Geflügelhändler drei geschlachtete Hühner im Werte von 5,10 M.,
- d) in einem Militärkasino 20 Servietten und 2 Tafeltücher, zusammen im Werte von 44 M.

Insgesamt Objekte im Wert von 76,70 M.

Als Täterin wurde die 29 Jahre alte Landwirtsehefrau N. N. aufgegriffen, bei der sich alle entwendeten Gegenstände bis auf zwei Hühner, die sie unterdessen wieder verkauft hatte, aufgefunden wurden.

Sie soll zuerst die Tat geleugnet und erst als die Sachen bei ihr gefunden waren und sie den Eigentümern gegenübergestellt

wurde, gestanden haben. Sie selbst verwahrt sich nachträglich gegen diese Aussagen der Zeugen und des Gendarmen, wie auch dagegen, daß sie Armut als Grund ihrer Handlungen vorgeschützt habe.

Etwas geistig Abnormes in Auftreten und Rede der Angeklagten ist keinem der Zeugen aufgefallen.

Aus den Akten geht des weiteren hervor, daß Frau N. N. nicht vorbestraft ist; sie ist vermögenslos.

Die Angeschuldigte ist der Tat geständig und bereut sie; wie sie dazu gekommen sei, sei ihr unerklärlich.

Sie wird, nachdem sie Schadenersatz geleistet, auf freien Fuß gesetzt, da ihr Kind, das sie noch stillt, krank ist und der Mutter bedarf.

2. Beobachtungsergebnisse an der Angeschuldigten in der Anstalt.

Die Angeschuldigte trat dem Gerichtsbeschlusse entsprechend pünktlich in unsere Anstalt ein.

Sie befand sich in schmerzlich gedrückter Stimmung sowohl über ihre Handlungen und die Schande, die dadurch auf ihr ruhe, als über die Notwendigkeit der Aufnahme in die Anstalt, dies besonders aus dem Grunde, weil sie dadurch von Hause, vom Mann und den Kindern, die ihrer so sehr bedürfen, fern sein müsse.

Auf die Krankenabteilung gebracht, benimmt sie sich durchaus ruhig und verständig, faßt ihre Umgebung richtig auf und findet sich gutwillig in die Hausordnung ein.

Bei der ärztlichen Einvernahme gibt sie bereitwillig und in sachgemäßer Weise Antwort auf die an sie gestellten Eragen und setzt ihre Lebensverhältnisse und Familiengeschichte in fortlaufend klaren Angaben auseinander.

Ihr Vater sei vor etwa 12 Jahren im 41. Lebensjahre gestorben, nachdem er mehrere Jahre schwer leidend an den Nerven gewesen, Schwindel und Zuckungen gehabt habe und lange Zeit arbeitsunfähig gewesen sei. Er habe mehrfach Schlaganfälle gehabt und sei schließlich an einem solchen gestorben. Nach Angabe der Mutter der Angeklagten soll er auch zeitweise verwirrt und tobsüchtig gewesen sein.

Nach einem ärztlichen Zeugnis sei der Vater ein Trinker gewesen, der an chronischem Magendarmkatarrh und Luftröhrentzündung gelitten, 1889 einen Gehirnschlag bekommen habe und im selben Jahre an Lungenlähmung gestorben sei.

Die Mutter der Angeschuldigten ist eine gesunde Frau; nur sollen ihre Geburten immer sehr schwere, von mehreren Tagen Dauer gewesen sein.

Die Angeklagte hat noch zwei lebende Geschwister, Schwestern, eine ältere und eine jüngere. Während aus der entfernteren Verwandtschaft keine weitere erbliche Belastung nachweisbar ist, sind beide Schwestern in ihrem Nervenleben sehr alteriert.

Die ältere bekam während der Ehe, d. h. nach dem ersten Kinde und während nachfolgender zwölfjähriger Kinderlosigkeit schwere, offenbar hystero-epileptische Anfälle mit Zuckungen und motorischer Unruhe, lautem Schreien, verwirrtem Reden und nachheriger Erschöpfung in Pausen von 3—8 Tagen. Seit der Geburt eines zweiten Kindes sollen diese Anfälle aufgehört haben.

Vom Arzte werden diese Anfälle als hysterische Krämpfe aufgefaßt, die hauptsächlich infolge der unglücklichen Ehe und des derben Auftretens des Ehemanns gegen seine Frau entstanden seien.

Die jüngere Schwester soll stark bleichsüchtig und herzleidend sein und seit zwei Jahren beständig in ärztlicher Behandlung stehen. Auch sie ist äußerst sensibel und nervenschwach, leidet an Zitterkrämpfen, zeitweisen starken Schwächegefühlen und körperlicher Mattigkeit. Diese Angaben werden auch gelegentlich eines Besuchs von der Mutter der Angeklagten bestätigt.

Über ihr eigenes Vorleben macht die Angeklagte folgende Angaben, welche gleichfalls vom Ehemann sowohl wie von der Mutter bestätigt werden.

Sie sei als Kind gesund gewesen, habe in der Schule gute Fortschritte gemacht. nur das Auswendiglernen sei ihr schwer gefallen. Mit 15 Jahren habe sie eine schwere Krankheit — Schleimfieber(?) — gehabt, aus der sie sich erst nach einem halben Jahre ganz erholt habe. Seitdem sei sie immer gesund gewesen. Ihre Menstruation trat mit 13 Jahren, wie sie sagt, ohne Beschwerden ein und sei fürderhin regelmäßig und ohne Besonder-

heiten gewesen, so daß sie sich nie deswegen schonen mußte. Die Mutter gibt hierzu an, daß die Tochter in der ersten Zeit über die weibliche Periode an Leibkrämpfen gelitten habe, daß die Periode sehr unregelmäßig und schwach gewesen sei.

Späterhin begab sich die Angeklagte in Dienst in verschiedenen Stellen und sei in allen Familien, wo sie war, sehr beliebt gewesen. Sie habe das Vertrauen ihrer Herrschaft genossen, zum Teil hohen Lohn (95 M. im Vierteljahr) bezogen und vielfach den Haushalt und die Verrechnung selbständig geführt. Weder von den Baarmitteln noch von dem Eigentum der Herrschaft habe sie sich je auch nur das Geringste angeeignet. Da könne man überall nachfragen.

Seit 6½ Jahren lebt sie in glücklicher Ehe. Sie hat vier Geburten durchgemacht, die jeweils schwer waren. Zwei Kinder starben, das eine mit einem halben, das andere mit zwei Jahren. Das älteste Kind (sechs Jahre alt) lebt, war früher schwächlich, soll aber jetzt so ziemlich gesund sein. Das jüngste (neun Monate alt) soll seit Geburt schwächlich und immer kränklich sein.

Zurzeit ist die Angeklagte wiederum in anderen Umständen, und zwar im sechsten Monat. Die letzte Menstruation war etwa Mitte November, so daß die Zeit ihrer Vergehen mit einem supponierten Menstrualtermin annähernd zusammenfallen würde.

Die Angeschuldigte macht nun über ihr körperliches, nervöses und psychisches Befinden während der jedesmaligen und besonders während der gegenwärtigen Schwangerschaft folgende für die forense Beurteilung sehr wichtige Mitteilungen, die gleichfalls von der Mutter wie vom Ehemann vollinhaltlich und zwar unabhängig von den Vernehmungen der Angeschuldigten Bestätigung erfahren.

Während sie außerhalb der Zeiten ihrer Schwangerschaft gesund, arbeitskräftig, von ruhigem gesetztem Wesen und ohne psychische Verstimmbarkeit ist, auch früher in ihren Dienststellen nichts Krankhaftes oder Abnormes an ihr zutage trat, setzt bei ihr sofort mit dem Beginn der Schwangerschaft, mitunter schon in den ersten Wochen, eine hochgradige Reizbarkeit des Gemüts, zorniges Aufbrausen ohne eigentlichen Anlaß oder auf geringste Anstöße von außen ein, welche zu häufigen häuslichen Szenen

von ihrer Seite führen würde, wenn nicht jedermann diese Erscheinungen aus der Erfahrung als krankhafte erkannt hätte und ihr nachsichtig begegnen würde. Die Veränderung ist so auffallend, daß von der Familie an deren Eintritt, wenn noch alle anderen Zeichen fehlen, das Bestehen einer Schwangerschaft bei ihr als sicher angenommen wird. Die Zustände gehen jeweils mit starker innerer Erregtheit und Ergriffenheit, heftigem Affekt, Zittern am ganzen Körper, Schmerz und Krampf am Herzen einher.

Auch am Tage der Tat ging unmittelbar vor der Abfahrt nach der Stadt in der Frühe eine heftige zornige Explosion der beschriebenen Art vorher, so daß der Ehemann die Angeklagte in diesem erregten Zustande gar nicht fortlassen wollte. Als seine Frau dann abends nicht nach Hause kam, nahm er denn auch an, sie sei infolge ihrer Verstimmtheit nicht zurückgekommen, sondern lieber bei Verwandten über Nacht geblieben. Die Angeklagte selbst meint, sie sei schon seit einer Woche vorher in fortdauernder gesteigerter Gereiztheit gewesen.

Außer dieser reizbaren Gemütsverfassung und den Erregtheitsausbrüchen bestehen bei der Angeklagten jeweils während der Schwangerschaft noch andere Erscheinungen körperlichen und nervösen Übelbefindens, wie sie zwar auch bei andern Schwängern in geringerem Grade vorkommen, die bei ihr aber eine Steigerung ins Abnorme und Krankhafte aufweisen. Sie leidet in diesen Zeiten nicht nur an häufigem Erbrechen und schmerzhaften Leibkrämpfen, sondern auch an Kopfwehanfällen, Schwäche in den Händen bis zum Unvermögen, überhaupt etwas anzufassen und zu arbeiten, an ziehenden Schmerzen in den Beinen, an Zitterkrämpfen, ferner an unruhigem Schlaf, Zuckungen, Sprechen im Schlaf, Nachtwandeln und nachherigem schreckhaftem Erwachen.

Nach Beendigung der Schwangerschaft hören jeweils alle diese Erscheinungen auf, so daß sie sich dann gesund und arbeitskräftig fühlt.

Mit jeder weiteren Gravidität soll die abnorme Veränderung zugenommen haben, so daß sie jetzt in der fünften Schwangerschaft so stark wie noch nie vorher zutage tritt.

Wir schließen an dieser Stelle die Ergebnisse der hier mehr-

fach vorgenommenen körperlichen Untersuchung der Angeklagten an.

Frau N. N. ist von mittlerer Größe, wohlproportioniertem Körperbau und gutem Ernährungszustande. Gesunde, gebräunte Gesichtsfarbe. Schlichtes, dunkelblondes Haupthaar. Gesichtsausdruck intelligent. Kopfform regelmäßig. Kinnpartie wenig entwickelt; eine Narbe von einer Verletzung her.

Keine Degenerationszeichen. Pupillen gleich weit, reagieren prompt akkomodativ und auf Lichteinfall. Die Gesichtsfeldprüfung ergibt eine leichte Einengung des Gesichtsfeldes. Lunge ohne abnormen Befund. Herztätigkeit leicht beschleunigt; Herzdämpfung nicht vergrößert. Herztöne rein und voll.

Die Wirbelsäule ist nirgends druckempfindlich.

Dagegen ist das untere Ende des Sternum, die Herzgrube, bis weiter herab in der Medianlinie äußerst empfindlich gegen Berührung und nur leisen Druck. Die Angeklagte zuckt dabei vor Schmerz zusammen, krümmt und windet sich und kommt in heftiges Weinen. Simulation erscheint uns hierbei ausgeschlossen.

Die gleiche hochgradig gesteigerte Schmerzempfindlichkeit ergibt sich an den Interkostalpunkten beiderseits, ebenso in den Ovarialgegenden, besonders stark links, aber auch am ganzen Unterleib.

Die Brüste sind etwas geschwellt und entleeren auf Druck einige Tropfen seröser Flüssigkeit. Der Unterleib ist prall gespannt; der Gebärmutterfundus ist in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse fühlbar, soweit dies bei der überaus großen Schmerzempfindlichkeit feststellbar ist.

Die Patellarreflexe sind in gesteigertem Grade auslösbar, ebenso die Sehnen- und Periostreflexe am Vorderarm entschieden sehr lebhaft verstärkt. Die Hautempfindlichkeit ist eine außerordentlich feine; es besteht ferner eine hochgradige Hyperästhesie des Gaumens.

Nach jeder Untersuchung ist die Angeklagte sehr angegriffen und vollständig abgemattet. Es tritt Übelkeit, mehrfaches Erbrechen ein. Sie hat noch lange darnach Schmerzen in allen Gliedern, Kopfweh und braucht mehrere Stunden und sogar einige Tage, um sich gänzlich davon zu erholen.

Außerdem bestanden bei der Angeklagten während der ganzen Zeit ihrer Anwesenheit in der Anstalt Brechneigung, Ekel vor vielen Speisen, häufiges wirkliches Erbrechen, unruhiger Schlaf, Kopfdruck, Kopfschmerzen, ziehende Schmerzen im Unterleib, in den Lenden und in den Beinen, Zittern der Hände, Gefühl von Lahmheit und Schwäche in den Händen und dadurch Unfähigkeit zur Handarbeit.

Was unsere Beobachtung des Geisteszustandes der Angeklagten während ihres 13tägigen Anstaltsaufenthalts anlangt, so war ihr Verhalten immer ein natürliches, geordnetes, vernünftiges. Sie lebte still in der Abteilung dahin, fügte sich in alle Verhältnisse des Anstaltsregimes, beobachtete ihre Mitpfleglinge richtig und fand sich in verständiger und freundlicher Weise mit ihnen ab. Soweit es ihr Zustand erlaubte, beschäftigte sie sich mit Handarbeit.

Ihre Stimmung war von Anfang an gedrückt. Wenn sie auch den Grund und die Notwendigkeit ihrer Hierherverbringung vollständig einsah, so wuchs doch von Tag zu Tag ihr schmerzliches Heimweh, besonders da sie wußte, daß sie dort nötig war und vor allem die Pflege ihres ohnehin schwächlichen Kindes ohne sie leiden mußte. Sie war oft in Tränen und bat flehentlich, sie doch baldmöglichst heim zu lassen. Diese schmerzliche Gedrücktheit nahm in den letzten Tagen solche Dimensionen an, daß wir in der Befürchtung, es könne bei der Rubrikatin noch eine intensivere Gemütsalteration eintreten, ihre alsbaldige Entlassung nach Hause beim Gerichte befürworten mußten. Unserem Antrage wurde stattgegeben und die Angeklagte nach 13tägiger Beobachtungszeit nach Hause entlassen.

Die Prüfung ihres Intellekts hatte keinerlei Defekte ergeben. Die Angeklagte hat ein richtiges klares Urteil über alle Lebensverhältnisse, ihre Schulkenntnisse sind entsprechende, die erlernten Begriffe weisen keine Lücken auf und auch in ihr fremden Verhältnissen weiß sie sich selbständig zurechtzufinden, zweckmäßig zu handeln und richtige neue Urteile sich zu bilden. Sie weiß, was recht und unrecht ist. Ihre moralischen Begriffe weisen ebenfalls keine Mängel auf, wenn auch ein verfeinertes und verinnerlichtes Empfinden nach dieser Richtung nicht gerade

zu bestehen scheint. Von Gemüt ist sie weich; sie hängt mit ungekünstelter Liebe an ihren Kindern, ihrem Mann und ihrer Mutter, sowie den Geschwistern.

Wir haben somit aus der hiesigen Beobachtung der Angeklagten den Eindruck gewonnen, daß es sich in dieser Zeit um eine in ihrem Denken, Fühlen und Wollen natürlich geartete, geistig gesunde Gesamtpersönlichkeit handelt, welche allerdings unter Schwangerschaftsbeschwerden körperlicher und nervöser Art mehr als es gewöhnlich der Fall ist, leidet und deren Stimmung durch die bezeichneten Momente heruntergedrückt war.

Ueber die ihr zur Last gelegten Diebstahlshandlungen macht die Angeklagte uns nun folgende Angaben. Wir bemerken hierzu, daß sie anfangs in ihren Mitteilungen noch unsicher und schwer besinnlich in den Einzelheiten und besonders über die Reihenfolge der Handlungen erschien, während die Hauptsachen von Beginn an sicher und klar angegeben wurden.

Sie gesteht die Diebstähle unumwunden zu; stellt in Abrede, je geleugnet oder Ausflüchte versucht zu haben. Sie weiß, daß Stehlen Unrecht, ein Vergehen ist und daß man dafür Strafe zu gewärtigen hat. Sie weiß aber mit dem besten Willen, wenn sie noch soviel darüber nachdenke, nicht, wie sie dazu gekommen, wie sie so etwas habe tun können. Es sei ihr vollständig unerklärlich; sie habe es getan; sie sei schuldig und doch unschuldig, denn mit Wissen und Willen sei es nicht geschehen. Sie haben zu Hause ihr redliches Auskommen und ihrem Mann, der so streng rechtlich sei, hätte sie nicht mit gestohlenem Gute heimkommen dürfen.

An dem fraglichen Tage sei sie nun vormittags, nachdem es in der Frühe bereits einen ihrer heftigen Erregtheitsausbrüche, so daß sie der Mann in dieser Verfassung gar nicht gehen lassen wollte, gegeben hatte, im Zorn von Hause fort, habe ihrem Manne gar nicht Adieu gesagt, und sei nach A. gefahren, um dort zwei gemästete geschlachtete Gänse, die sie in einem Packete bei sich hatte, zu verkaufen.

Sie verfehlte an einer Zweigstation den Anschluß, mußte im Wartesaal warten und kam dann um 1 Uhr in A. an. Sie versuchte zunächst in zwei Wirtschaften, an deren Namen sie sich

nicht erinnert, die Gänse anzubringen. Dann ging sie — das erste Mal — in das Hotel, auch dort nahm man ihr die Gänse nicht ab. Sie nahm dann, während sie bis jetzt noch nichts getrunken hatte, hier ein Kirschwasser zu sich. Ohne sich jeweils lange aufzuhalten, begab sie sich nun in die Küche des Militärkasinos; auch hier brachte sie die Gänse nicht an. Beim Weggehen aus der Küche mußte sie an der Waschküche vorbei und sah durch die offene Türe in der Nähe vor sich Weißzeug auf dem Boden liegen. Sie habe sich dann, ohne sich umzusehen oder Scheu zu empfinden, gebückt und was sie davon gerade erwischen konnte, in den Korb, den sie bei sich hatte, gepackt. Darauf sei sie ruhig, wie wenn nichts geschehen wäre, langsam fortgegangen, ohne Gewissensbisse zu empfinden oder sich über das Getane klar zu werden. Und wenn man sie totschielte, könne sie nicht angeben, warum sie es getan. Es müsse rein wie ein Trieb gewesen sein.

Vom Kasino weg sei sie dann zum Geflügelhändler gegangen: dort habe ihr die Frau die Gänse um 15 M. und Pfennige abgekauft. Sie habe 15 M. bar und statt der Pfennige zwei Hasenschlegel bekommen. Während die Frau nebenan ging, habe sie nun vom Tisch weg in ihren Korb drei daliegende geschlachtete Hühner gepackt.

Nachdem sie das Geld empfangen, ging sie sorglos weiter und zwar begab sie sich nun zum zweiten Mal in jenes Hotel und bot dort die eben gestohlenen Hühner zum Kauf an. Die Magd in der Küche wollte den Herrn rufen; während dem griff die Angeschuldigte in den Besteckkorb und holte einen Pack Löffel heraus, die sie ebenfalls in den Korb, nicht in der Rocktasche versorgte. Sie habe bei alledem an nichts gedacht und es sei ihr nicht zum Bewußtsein gekommen, daß es Unrecht sei.

Zuletzt kam sie zu dem Kaufmann und zwar um etwas für sich zu kaufen, das sie brauchte, einen Kragen und ein Paar Socken, die sie bar bezahlte. Dabei habe die Frau die Hühner in ihrem Korbe gesehen und gefragt, ob sie zu kaufen seien. Die Angeklagte habe dann gesagt, sie wolle kein Geld dafür, sondern lieber Waren. Sie habe sich dann solche im Gesamt-

betrage von 2 M. ausgesucht (Halstuch, Strümpfe, Socken); doch wisse sie das Einzelne nicht mehr genau.

Die Frau des Kaufmanns selbst aber stellt den Vorgang so dar, daß die Angeklagte die Hühner zuerst zum Verkauf angeboten und erst als sie (Zeugin) den Kauf ablehnte, einen Tausch gegen Waren angeboten habe. In dem Laden habe sie ferner an ein gerade anwesendes Dienstmädchen ein weiteres, kleineres Huhn um 1,20 oder 1,50 M. verkauft. Während die Frau des Kaufmanns ihr das Packet richtete, habe sie dann noch einiges von den offen daliegenden Waren genommen und auch in den Korb gesteckt.

Bei allen Diebstahlshandlungen habe sie sich benommen, wie wenn es so sein müsse, wie wenn gar nichts dabei wäre, „ganz gemächlich“, „ohne sich Gedanken zu machen“, „als ob es sich um etwas Selbstverständliches handle“.

Die Angeklagte ist bei diesen Angaben nicht immer ganz sicher. Besonders verwechselt sie anfangs die zeitliche Reihenfolge der einzelnen Handlungen in der verschiedensten Weise; erst in den letzten Tagen ihres Hierseins bleibt sie fest bei der hier wiedergegebenen stehen.

Es fehlt ihr ferner jede Möglichkeit einer Zeitbestimmung, wann sie da und dort war. Sie habe nie auf eine Uhr gesehen. Sie weiß auch nicht, um wieviel Uhr sie mit diesen Handlungen fertig war. An viele Einzelheiten ihres Tuns und der näheren Umstände bei den verschiedenen Örtlichkeiten und Gelegenheiten hat sie keine Erinnerung, während andere unmittelbar vorher oder nachher sich abspielende und auch mitunter ganze Komplexe von Begebenheiten vollständig erhalten sind. Bei vielen Fragen sagt sie: „ich weiß es nicht; ich glaube, es war so“, oder „es muß wohl so gewesen sein“. Bei andern wird sie erst durch die Fragen und ein spezielles Eingehen seitens des Arztes auf den richtigen Zusammenhang aufmerksam und so die Erinnerung geweckt und von ihr auf assoziativem Wege ergänzt.

Von dem Kaufmann ging die Angeklagte, die um $1\frac{1}{2}$ Uhr wieder zurückreisen wollte, dann in sehr ermüdetem Zustande in eine Wirtschaft. Sie bestellte ein Glas Bier oder Wein; was sie davon wirklich bestellt und bekommen, getrunken hat, kann

sie sich beim besten Willen nicht erinnern. Da erst, im Wirthaus sei es ihr gekommen, was sie getan habe. Sie sei heftig erschrocken vor Reue und Scham und habe darüber nachgedacht, was sie nun tun solle. Sie wußte, daß sie das Gestohlene nicht nach Hause bringen durfte und doch fehlte ihr der Mut, es den Eigentümern zurückzubringen. In diesem Zwiespalt sei sie zu keinem rechten Entschluß gekommen.

Sie habe dann vorübergehend das Wirthaus verlassen wollen, um sich etwas Brot einzukaufen. Den Korb habe sie unbekümmert in der Wirtschaft stehen lassen. Unterwegs sei ihr ein Hausbursche des öfters genannten Hotels entgegengekommen, der sie dorthin bestellt habe. Sie sei dann sofort mitgegangen ohne weitere Überlegung oder Angst, daß nun ihr Diebstahl herauskomme, und habe dort den Schutzmann getroffen. Derselbe habe sie nach den gestohlenen Löffeln gefragt; sie solle sie hergeben. Sie habe sofort gesagt, sie habe dieselben nicht bei sich. Sie habe aber nicht geleugnet, daß sie sie gestohlen habe, auch später nicht Armut als Motiv des Handelns angegeben. Sie selbst habe den Schutzmann dann in das Wirthaus geführt und den Korb gezeigt, wo sie alle entwendeten Dinge nacheinander zusammen hineingepackt hatte. Bei sich am Körper, in den Kleidern habe sie nichts davon versteckt gehabt. Daraufhin sei sie zur Polizei und in Gewahrsam geführt worden. Auch dort habe sie ihre Handlungen nicht geleugnet.

Hier ergeben sich Widersprüche mit den Zeugenaussagen: Die Frau des Kaufmanns behauptet, die Angeklagte habe bei der Konfrontierung geleugnet, das Hemd, das bei ihr gefunden wurde, im Laden gestohlen zu haben; sie habe es wo anders gekauft.

Die Frau des Geflügelhändlers gibt an, die Angeklagte habe bezüglich der gestohlenen geschlachteten Hühner zuerst behauptet, sie habe sie selbst von zu Hause geschlachtet mitgenommen.

Vor dem Amtsrichter glaubt Frau N. N., so viel sie sich innere, nicht anders ausgesagt zu haben als hier dem Arzt gegenüber; sicher könne sie das jedoch nicht behaupten.

3. Begutachtung.

Wenn wir nach dieser Darstellung nun versuchen wollen, die Handlungen der Angeklagten mit ihrer Gesamtpersönlichkeit in Zusammenhang zu bringen und die psychologische Erklärung der Tat darzustellen, so ist zunächst zu bedauern, daß über das geistige Verhalten der Angeklagten an dem betreffenden Nachmittage und während ihrer einzelnen Diebstahlshandlungen keine irgendwie verwertbaren, objektiven Beobachtungen resp. Tatsachen vorliegen.

Den Zeugen insgesamt ist bei den kurzen Begegnungen, die sie jeweils mit der Angeklagten beim Anbieten der Gänse etc. hatten, nichts Besonderes in ihrem Benehmen oder in der Rede aufgefallen. Natürlich sind diese negativen Angaben kein Beweis dafür, daß nicht trotzdem dem Laien nicht bemerkbare, sogar ziemlich tiefe Änderungen des Bewußtseins vorgelegen haben können.

Auch ist die kurze Dauer der jeweiligen Begegnungen und zur Zeit derselben das Fehlen eines Grundes für die Zeugen, ihre Aufmerksamkeit auf die Angeklagte nach dieser Hinsicht zu richten, der Erkennung solcher Momente entgegen gewesen. Auch über die Art der Ausführung der einzelnen Diebstahlshandlungen und etwa dabei vorgekommener Besonderheiten fehlt jeder Anhaltspunkt. Es sind keine Zeugenaussagen da, da ja die Täterin bei der Begehung selbst unentdeckt blieb.

Man ist somit in diesem Falle auf die kritische Analyse der Tat selbst und ferner auf die Erklärungen der Angeklagten hierzu angewiesen, allerdings nur soweit diese in ihrer Subjektivität sich ungezwungen in den objektiven Tatbestand einreihen lassen und zu seiner Aufklärung beitragen können.

Die einzelnen Diebstahlshandlungen für sich als facta genommen, weisen, soweit sich dies hier überhaupt beim völligen Mangel von Zeugenaussagen sagen läßt, wohl kaum abnorme Merkmale auf; es sind anscheinend zweckbewußt unternommene und durchgeführte Aktionen: Diebstähle mit geschickter Ausnützung der gebotenen günstigen Gelegenheit; wurde doch die Angeklagte bei keinem derselben erwischt. Man könnte sogar von einer gewissen raffinierten Überlegtheit sprechen, daß die

Angeklagte die eben gestohlenen Hühner sofort wieder veräußern, aus dem Weg schaffen und neuen Gewinn daraus ziehen will; auffallend ist hierbei, daß sie für ein Huhn bei dem Kaufmann, obwohl sie die beabsichtigten Einkäufe erst gemacht hat, nicht Geld, sondern nur Waren annehmen will. Allerdings widersprechen hierbei die bestimmten Angaben der Angeklagten denen der Zeugin, welche angibt zuerst den Kauf überhaupt abgelehnt zu haben und erst auf das Anerbieten der Angeklagten, daß sie gegen die Hühner auch Waren eintausche, eingegangen zu sein. Ob hierbei bewußte Entstellung oder Erinnerungstäuschung der Angeklagten vorliegt oder aber ob die Zeugin selbst sich täuscht, können wir nicht entscheiden.

Um so auffallender erscheint dabei die Schwere und Massenhaftigkeit der Diebstähle innerhalb ganz kurzer Zeit seitens einer bisher unbescholtenen Persönlichkeit. Eine rechtliche Frau, welche bisher noch nie nachweisbar etwas entwendet hat, schreitet von Diebstahl zu Diebstahl und eignet sich jeweils in Abständen von wenigen Minuten bei jeder gerade gebotenen Gelegenheit Gegenstände im Gesamtwerte von 76 M. an. Sie flüchtet sich nicht nach der ersten Handlung, sondern geht sofort zur zweiten und dritten über und bringt alles miteinander in ihrem Korb unter. Diesen verbirgt sie nicht, sondern läßt ihn schließlich in offener Wirtschaft stehen. Später angerufen durch den Hausburschen, sucht sie ebenfalls nicht die Flucht zu ergreifen, sondern folgt zum Schutzmann und führt zuletzt selbst diesen zu ihrem Korb, der alles entwendete Gut enthält.

Ein erster, wirklich doloser Diebstahl wird kaum je in dieser Art und in dieser gehäuften Form ausgeführt, vorkommen. Hier wird wohl immer der Dieb darnach trachten, die erste Entwendung sofort in Sicherheit zu bringen, um unentdeckt zu bleiben. Verdächtig ist sodann wieder die zuerst versuchte Ausflucht und Ableugnung des Diebstahls, wenn auch jedermann zugeben wird, daß diese in denkbar naiver und unbeholfener Weise von der Angeklagten geschehen ist, so daß man wohl von unüberlegten Aussagen im ersten Momente der Bestürzung sprechen und sie nicht als inkriminierend ins Gewicht wird fallen lassen dürfen.

Fragen wir nach Motiven der Handlungen der Frau N. N., so dürfen wir Armut und unmittelbare Not wohl ausschließen. Die Eheleute N. N. sind nicht begütert, leben aber in geordneten Verhältnissen und suchen sich, soviel bekannt, durch beiderseitige redliche Arbeit mit ihrer Familie im wirtschaftlichen Gleichgewicht zu halten. Frau N. N. ist darin durch die Führung eines geordneten sparsamen Haushalts ihrem Manne behilflich gewesen.

Allerdings kann andererseits nicht bestritten werden, daß die Aneignung der betr. Gegenstände bei der finanziellen Lage der Angeklagten immerhin einen nicht unbeträchtlichen Vermögensvorteil für sie bedeutete.

Ein Hang zum Stehlen aus Gewinnsucht ist bei Frau N. N. bisher noch nicht zu Tage getreten. Sie hat auch in Vertrauensstellungen als Dienstbote, wo ihr Gut und Geldmittel ihrer Herrschaft vielfach offen zu Gebote standen, soviel bekannt, nichts veruntreut.

Ihre moralischen Grundsätze ließen bei unserer hiesigen Beobachtung keine Defekte in dieser Richtung erkennen.

Es wird nicht zu leugnen sein, daß die Handlungsweise der Angeklagten so, wie sie sich bis dahin stets bewährt hat, nicht schlechthin als eine absichtlich dolose reklamiert werden darf. Sie bildet vielmehr ein Problem, für welches wir erst nach zu reichenden Ursachen zu suchen haben, und diese erst dann ins bewußt-psychische resp. ethische Gebiet verlegen dürfen, wenn andere zulässige Erklärungen nicht aufzufinden sind.

Nun tritt uns als erstes und beachtenswertes Moment die bei der Rubrikatin bestehende Schwangerschaft entgegen. Frau N. N. war in der Zeit der Tat etwa im vierten Monat gravid.

Es ist bekannt, daß das Weib, auch das normale, in der Zeit der Gravidität, abgesehen von den nervösen und körperlichen Begleiterscheinungen, auch psychische Veränderungen eingeht, welche in abnormen sog. Schwangerschaftsgelüsten, ferner in unmotiviertem Stimmungswechsel und in ebenso unmotivierten Antrieben und Impulsen als auch Bewußtseinstrübungen (Dämmerzuständen) ihren Ausdruck finden, wobei die Persönlichkeit als nicht vollständig frei in ihrem Empfinden und Denken, und besonders nicht in ihren Entschlüssen und Handlungen gelten

kann — sie ist nicht unbeschränkte Herrin ihres Willens. Ist in den meisten Fällen diese Verwandlung auch keine hochgradige und führt sie besonders nicht oft zu kriminellen Äußerungen, so weist doch die Kasuistik eine Reihe von Tatsachen und Erfahrungen auf, welche allein durch diesen Zusammenhang ihre klare Deutung finden. Insbesondere sind es gerade Diebstahlshandlungen, welche von Schwangeren mitunter ohne ersichtliche Motive, wie einem dunkeln Drange und Zwange gehorchend, zur Ausführung kommen.

Bei Frau N. N. handelt es sich außerdem nicht um eine nervös und psychisch intakte, vollkräftige Persönlichkeit, insbesondere nicht zur Zeit der Gravidität.

Sie stammt von einem trunksüchtigen und nervenkranken Vater ab, der schließlich an vermehrten Schlaganfällen starb. Ihre beiden Schwestern sind gleichfalls stark nervenleidend; die eine war längere Zeit mit schweren, offenbar hysterisch-epileptischen Anfällen behaftet, die andere ist bleichsüchtig und ebenfalls in hohem Grade sensibel, nervenschwach und hysterisch.

An der Angeklagten selbst sind solche Erscheinungen früher weniger hervorgetreten. Dagegen machen sich psychopathische Zeichen umso stärker seit ihrer Verheiratung und zwar nur während ihrer jeweiligen Schwangerschaft geltend.

Es ist erwiesen und wird von vielen Seiten bestätigt, daß Frau N. N., sobald sie sich in anderen Umständen befand, in eine vorher nicht vorhandene Reizbarkeit des Gemüts verfällt, in welcher sie durch die kleinsten, harmlosesten Anlässe oder auch ohne solche in heftiges Zittern und zornige Affektäußerungen hineingerät, deren Intensität ganz ohne Verhältnis zum Anlaß bleibt. In diesen Zuständen darf ihr niemand nahe kommen, ohne daß es wieder zu erneuten Ausbrüchen käme. Diese Erscheinungen einer gesteigerten Emotivität, die über die auch physiologisch beim schwangeren Weibe vorhandenen Stimmungsanomalien hinausgehen, dauern bei ihr durch die ganze Zeit der Schwangerschaft an und hören mit deren Beendigung auf.

Sie beweisen nun an und für sich — ebensowenig wie das Moment der Schwangerschaft selbst an sich — nichts für das

krankhafte Bedingtsein auch ihrer Diebstahlshandlungen. Dagegen geben sie Aufschluß über eine überhaupt in dieser Zeit bestehende psychische Minderwertigkeit und Schwäche der ganzen Persönlichkeit, welche sich in ihrer Machtlosigkeit gegenüber inneren Andrängen und Impulsen ausdrückt. Man wird darum dieses Moment auch bei der Handlungsweise der Angeklagten an dem fraglichen Tage nicht außer Acht lassen dürfen, vielmehr als wesentlich in die Erklärung der Tat einbeziehen müssen.

Als besonders beachtenswert erscheint uns im genaueren Verfolg dieses Gesichtspunkts, daß der Tag der Tat auch mit einem supponierten weiblichen Menstrualtermin zusammenfällt. Die Menstrualtermine sind nun aber in der ganzen forensen Psychiatrie anerkannt auch beim normalen Weibe, wie viel mehr erst beim psychopathisch veranlagten, als Zeiten, in welchen seine geistige Integrität eine labile ist. Der Einfluß solcher Termine setzt sich aber auch in der Schwangerschaft fort, sodaß also auch bei Frau N. N. um die Zeit ihrer Diebstahlshandlung eine gegen sonst noch vermehrte psychische Beeinflußbarkeit neben herabgesetzter Widerstandsfähigkeit angenommen werden darf.

Ein Weiteres: Frau N. N. hatte gerade am Tage der Tat, bevor sie nach A. abreiste, einen sehr starken Anfall ihrer explosiven Erregtheit und fuhr in diesem zornigen Affekt von Hause fort. Sie stand zweifellos, wie sonst auch, für den ganzen Tag unter der Herrschaft dieser veränderten Stimmung, sie war präokkupiert, und so noch durch eine zweite Schädlichkeit in ihrer psychischen Gesamtfunktion, speziell aber in ihrer Willenstätigkeit betroffen.

Es ergibt sich aus dieser geistigen Situation von selbst, daß ihre Handlungen — mögen sie auch äußerlich als zweckmäßig und mit scheinbarer Benutzung der Umstände im einzelnen ausgeführt erscheinen — dennoch nicht einfach als frei gewollt gelten dürfen. Sie müssen vielmehr als schwer belastet beurteilt werden und zwar durch organische, nicht in der Willkür gelegene Motive, zu deren normalem Ablauf außerdem die erforderliche Ruhe und speziell zur Bildung eines Entschlusses das nötige Spiel der Gegenvorstellungen fehlte. Nach den eingangs schon hervor-

gehobenen Momenten der Ausführung (gehäuftes Auftreten, Schlag auf Schlag), die jetzt in Geltung treten, erscheinen die Akte recht eigentlich als Raptus, von impulsivem Charakter, wie auch deren äußere Form, wenn auch an sich korrekt, doch nur im Rahmen allgemein geläufiger Handlungsschablonen sich hält. Wenn selbst ein gewisses Bewußtsein sollte mitgegangen sein — was wir nicht ausschließen wollen —, so entsprach dieses jedenfalls nicht der Stufe des Selbstbewußtseins, zu dessen aktueller Wirksamkeit im Augenblick der Tat die psychologischen Vorbedingungen fehlten oder nur unzureichend vorhanden waren.

Dadurch wird jetzt auch die Häufung der inkriminierten Akte erklärlich. Bei jeder sich bietenden Gelegenheit zum Wegnehmen versagen die sonst vorhandenen, jetzt aber im dämmernen und emotiv voreingenommenen Bewußtsein gehemmten oder gebannten sittlichen Gegenkräfte und es wird triebartig eingesteckt, was eben bereit liegt. Eine „Überlegung“ kommt ebensowenig zustande als ethische Motive zur Geltung.

Wenn wir bei diesen Ausführungen uns mehr aus den Momenten der Handlungen selbst und andererseits der vorhandenen psychischen Veränderung der Täterin durch die Gravidität leiten ließen, so wollen wir zum Schluß doch noch die Äußerungen der Angeklagten selbst zu den inkriminierten Handlungen heranziehen, um zu sehen, ob diese etwa ungezwungen eine Bestätigung unserer Deduktionen ergeben; für sich allein könnten dieselben für die Beurteilung natürlich nicht maßgebend werden.

Die Angeklagte weiß zu ihrem Tun an dem fraglichen Nachmittage nur anzugeben — und sie tut es in natürlicher Redeweise, in nicht gemachten, überzeugend klingenden Wendungen:

„Sie habe die Handlungen begangen; sie wisse, daß es Unrecht sei, zu stehlen. Sie könne sich aber mit allem Hintersinnen nicht erklären, wie sie dazu gekommen sei, die betreffenden Gegenstände wegzunehmen. Sie habe im Momente der Tat selbst auch sich gar nichts dabei gedacht, und nichts darin gefunden: sondern „ganz gemütlich“ genommen, „wie wenn es ihr gehöre“. „wie wenn es so sein müsse“, „es müsse wie ein Trieb gewesen sein“. Und auch nachher habe sie keine Reue verspürt. Erst

später im Wirtshaus, nachdem alles geschehen war, sei sie unter heftigem Erschrecken zum vollen Bewußtsein ihrer Tat und zur Reue erwacht. Habe sich aber nun erst recht nicht mehr zu helfen gewußt. Sie hätte nun die Sachen gern alle zurückgegeben, habe aber den Mut dazu nicht gefunden.“

Auffallend ist auch, daß ihr aus ihrem Tun und Treiben dieses Nachmittags manche Einzelheiten zwar genau erhalten, andere aber auch, vorher oder nachher, von nicht minderer Bedeutung, aus dem Gedächtnis entfallen sind oder entfallen waren, und zum Teil erst, wenn sie darauf aufmerksam gemacht wird, von ihr wieder aufgenommen und ergänzt werden.

Auch bestätigt die Angeklagte, daß sie in der Frühe nach einem heftigen Auftritt im Zorn von Hause fortgegangen sei; ja daß sie schon die Tage vorher in auffallender Erregtheit sich befunden habe (Menstrualtermin).

Diese Betrachtung der Aussagen der Angeklagten selbst gibt uns eine ungezwungene Bestätigung unserer auf anderem Wege gewonnenen Annahme, daß bei der Angeklagten an dem fraglichen Nachmittage während ihrer Diebstahlshandlungen psychopathische Momente mit im Spiel waren, welche als Nachwirkungen einer affektiven Verstimmung in einem leichten Dämmerzustand des Bewußtseins bestanden und ihren Handlungen den Charakter des Triebartigen, nicht des frei Gewollten verleihen. Diese psychische Veränderung ist auf Rechnung einer ererbten Disposition zu setzen, die bei Frau N. N. jeweils im Zustande der übrigens auch beim normalen Weibe zu psychischen Alterationen führenden Schwangerschaft besonders heftig hervortritt und als hysterisches Stigma aufzufassen ist.

Die Frage, ob diese beigebrachten Momente als ausreichend angesehen werden können, um der Angeklagten den vollen Schutz des § 51 des R.St.G. angedeihen zu lassen, kann vom ärztlichen Sachverständigen deshalb nicht eindeutig beantwortet werden, weil zuverlässige und genaue, vom fachärztlichen Standpunkte verwertbare Zeugenangaben über den Geisteszustand der Angeklagten an dem fraglichen Tage und zur Zeit der Begehung der inkriminierten Handlungen wie auch über die Art der Ausführung dieser nicht vorliegen. Es kann sich deshalb nur um eine, allerdings

sehr hohe Wahrscheinlichkeitsannahme handeln, daß eine volle Willensunfreiheit vorliege.

Wir zögern unsererseits nicht, diesen Standpunkt der Beurteilung — daß Persönlichkeit der Täterin und Analyse der Tat selbst zur Anrufung des § 51 hindrängen — zum unserigen zu machen. Jedenfalls spricht das Präjudiz für diese Annahme, und es müßte bei Postulierung eines strikten Beweises nicht diese, sondern die gegenteilige bewiesen werden.

Auf alle Fälle muß bei der Angeklagten das Moment der Schwangerschaft an sich und die während derselben schon physiologisch vorhandene Debilität des Weibes in der Beurteilung seiner Handlungen in strafrechtlicher Beziehung ganz allgemein als strafmildernd in Betracht fallen. In noch viel weitergehendem Maße darf aber nach derselben Richtung in dem vorliegenden speziellen Falle der erwiesene psychopathische Charakter der Frau N. N. selbst, wie er gerade während der jeweiligen Gravidität und in gesteigertem Grade in der jetzt bestehenden bei ihr unter den beschriebenen auffälligen Erscheinungen, die, wie erwiesen, auch an dem Tage der Tat selbst besonders heftig auftraten und die Angeklagte beherrschten, offenkundig vorhanden ist, zu ihrer Exkulpierung herangezogen werden. Und zwar weist einerseits die Analyse der Tat selbst Momente auf, welche die Handlungsweise der Angeklagten als eine nicht schlechthin willkürliche, sondern unter krankhaften psychischen Bedingungen (teils Hemmungen, teils Antrieben) vollzogen erscheinen lassen. Andererseits ist auch aus der ärztlichen Erfahrung und Wissenschaft bekannt, daß derartige psychische Veränderungen, zumal auf Grundlage einer hysterischen Konstitution, wie sie bei der Angeklagten vorhanden sind und auch zur Zeit der Tat bestanden haben, ein überlegtes verantwortliches Handeln beeinträchtigen und ev. in Frage stellen.

Die Angeklagte wurde vom Gericht mangels bestimmten Nachweises des subjektiven Tatbestandes, und da nicht feststehe, vielmehr höchst zweifelhaft sei, ob die Angeklagte zur Zeit der Tat sich im Zustande freier Willensentschließung befunden habe, unter Würdigung aller Umstände des Falles und unter

Berücksichtigung des Gutachtens des Sachverständigen freigesprochen.

Dem Gutachten selbst seien noch folgende Betrachtungen und epikritischen Bemerkungen beigegeben.

In früheren Zeiten, besonders in den dreißiger und vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, nahmen die Erörterungen über die Veränderung des Weibes in der Schwangerschaft einen ziemlich großen Platz ein in den Werken der Autoren wie in den Zeitschriften. Philosophen, Psychiater und gerichtliche Mediziner widmeten der Frage ihre Aufmerksamkeit, allerdings mehr in theoretischem oder spekulativem Sinne als auf Grund objektiver Untersuchung. Immerhin kamen interessante Ansichten zum Ausdruck; manche derselben und auch sonstige feinsinnige Bemerkungen über den Charakter des Weibes und über seine Veränderungen in der Fortpflanzungsperiode können wir heute noch zu den unsrigen machen, während wir andere als durch die Wissenschaft überholt bezeichnen müssen.

Insbesondere war es die Erforschung der sogenannten Schwangerschaftsgelüste und deren forense Bewertung, welche die Geister beschäftigte.

Es werden darunter auffallende Anomalien des Begehrungsvermögens (Parhedonien nach *Ziehen*) verstanden, welche ätiologisch unter physiologisch-psychologischem Betrachtungspunkte ungekünstelt auf den veränderten, gesteigerten Stoffwechsel in der Schwangerschaft, also auf erhöhten Umsatz und darum auch erhöhten Bedarf bezogen werden können. Diese Schwangerschaftsgelüste finden in ähnlichen Erscheinungen bei trächtigen Tieren ihr Analogon und haben beim schwangern Weibe einerseits zwingende Abneigungen (Idiosynkrasien) gegen bestimmte Dinge, andererseits eine unbezwingliche Gier nach dem Genuße von z. B. rohem Gries, Kreide, Sand, Stroh, Holz, Erde etc., sogar nach Menschenfleisch (*Reil*) oder aber nach dem Besitz von gleißenden, glänzenden Objekten von Wert (Schmuck in Auslagen) zum Gegenstande. Diese ausgearteten Begehrungen lösen die Sucht aus, sich die betreffenden Dinge, koste es was es wolle, unter Umständen aber auch widerrechtlich aus fremdem Besitze anzueignen.

Nach Ansicht jener früheren Zeit sollten diese Gelüste, wo sie zu verbrecherischen Handlungen oder Vergehen führten, an sich und allgemein als exkulpierend angesehen werden, wenigstens gewisse Formen derselben, die sog. somatischen, während die rein psychischen unter allen Umständen strafbar sein sollten (*Hoffbauer*).

In geistvollen Ausführungen suchte dann vor allem *Friedreich* in seinem hervorragenden Werke: „System der gerichtlichen Psychologie“ (1852) zu erweisen, daß diese Gelüste in der Schwangerschaft selbst, resp. im schwangern Organismus d. h. in den durch die Gravidität gesetzten Veränderungen im Blutumlaufe, der Verdauung und Ernährung und in deren Rückwirkung auf das Nervensystem und das psychische Leben selbst begründet sind und daß eine strenge Scheidung in rein somatisch und rein psychisch bedingte Gelüste unzulässig sei.

Während *Jarcke* in dem Gelüste keinen Entschuldigungsgrund findet und *Flemming* bezweifelt, daß dasselbe als ein solcher krankhafter Zustand, der die Zurechnungsfähigkeit aufhebe, anzusehen sei, sagt *Amelung*, von den Begierden und Gelüsten der Schwangern, dieselben können so stark und mächtig werden, daß sie, selbst schon eine Art psychischer Aberration (Abnormität des Begehrungsvermögens) die Vernunft in dem Grade bestriicken können, daß sie selbst zu verbrecherischen Handlungen Anlaß geben. *Nicolai* erkennt das Gelüste nur als krankhaft an, wenn das Unwiderstehliche des Triebs, selbst bei besserem Wissen und Wollen, angenommen werden könne.

Friedreich nun nimmt diesen Stimmen gegenüber einen kritischeren Standpunkt ein. Er sieht es zwar als erwiesen an, daß es Schwangerschaftsgelüste gibt, welche die Herrschaft der Vernunft und die Freiheit des Willens, also auch die Zurechnungsfähigkeit der Person aufheben.

Aber diese Frage lasse sich überhaupt nicht allgemein und in abstracto behandeln, sondern jeder besondere und konkrete Fall bedinge auch eine spezielle Beurteilung, ob der in dem schwangern Zustande begründete Trieb so stark war, daß der freie Wille ihm unterliegen mußte. Immer aber erfordere die Untersuchung und Begutachtung der hierher gehörigen Fälle die

größte Genauigkeit und Vorsicht und eine ganz umfassende Erwägung aller Verhältnisse.

Diese Auffassung, welche wir auch heute, nach mehr als fünfzig Jahren, in dieser Frage wie überhaupt für unser ganzes forens-psychiatrisches Handeln, weil auf gesunder naturwissenschaftlicher Erkenntnis beruhend, als zutreffend anerkennen müssen, blieb fortan die maßgebende. Ja, es scheint, als ob man in der Reaktion gegen früher, wo das Gelüste an sich durch sein Bestehen als strafausschließend betrachtet wurde, nunmehr in der Ablehnung zu weit gegangen sei; dies besonders seit *Casper* das Wort prägte: „Die Schwangerschaft dürfe nicht zum Freipaß für Vergehen und Verbrechen werden“.

Dieser und jener Fall der Kasuistik zeigt offenbar unter dem Einflusse von *Caspers* Autorität gegenüber den Vergehen der Schwangern eine gewisse Strenge der Auffassung, die der Mahnung *Friedreichs* zur gewissenhaften Erwägung aller Verhältnisse widerspricht.

Schauenstein und besonders *v. Krafft-Ebing* in seiner kritischen Arbeit verhalten aber dann diesem Grundsatz zum Durchbruch. Letzterer spricht es in fünf Thesen aus, daß es krankhafte, organisch begründete Strebungen bei Schwangern gibt; daß sie aber nicht für sich bestehende Anomalien, sondern immer Teilerscheinungen einer Erkrankung des Nervensystems oder psychischen Organs sind. Nur wenn sie auf solche Prozesse zurückgeführt werden können, sind sie als krankhafte zu bezeichnen und können die Zurechnungsfähigkeit aufheben, wenn zugleich ihre Unwiderstehlichkeit feststeht. Aber auch beim Mangel solchen Nachweises ist Vorsicht in der Begutachtung geboten.

Späterhin ist es in der Literatur von den sogenannten Schwangerschaftsgelüsten stille und stiller geworden. Sie spielen überhaupt nicht etwa eine weitverbreitete Rolle, die ihnen früher wohl mehr künstlich geschaffen wurde, und die moderne an *Friedreich* sich anschließende Methode der forens-psychiatrischen Erforschung des Einzelfalls unter genauer Analyse der Tat selbst und ebenso genauer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Täters ließ die frühere spekulative Richtung mehr und mehr zurücktreten.

Kommen wir nach dieser historischen Ausgrabung auf unsern Fall zurück und fragen uns, ob hier etwa den Diebstählen der Frau N. N. ein sogenanntes Schwangerschaftsgelüste in einem solchen Grade, daß es zu ihrer Exkulpation heranzuziehen wäre, überhaupt zugrunde gelegen habe, so ergeben sich weder aus der Beweisaufnahme noch aus unserer Beobachtung der Inkulpatin irgend welche Momente für eine derartige Annahme. Wenn auch die gewöhnlichen Geschmacksveränderungen (Gelüste und Aversionen) der Schwängern vorhanden waren, so haben bei ihr weder in den früheren Schwangerschaften noch in der jetzigen abnorme d. h. ins krankhafte gesteigerte Gelüste bestanden und ebenso wenig bei Ausübung der Tat; wir müssen sie also ausschließen.

Wir stehen vor der weiteren Frage: kann etwa eine bestehende Schwangerschaft auf die geistige Konstitution der Frau eine derartige Einwirkung haben, daß daraus kriminelle, z. B. wie in unserem Falle, Diebstahlshandlungen entstehen und als nicht freigewollte gelten können.

Wenn wir uns über diese Frage in der Literatur umsehen, so kommen wir zu dem Resultate, daß neben der allgemein bekannten Umänderung der leiblichen Konstitution des Weibes in der Schwangerschaft auch die Verwandlung der geistigen Konstitution von den Autoren — Gynäkologen, Psychiatern und gerichtlichen Medizinern — als etwas so Selbstverständliches angesehen wird, daß man kaum einige Worte darüber verliert.

Freilich ist es dem Forscher durch die Natur der Verhältnisse auch erschwert, über die psychische Umwandlung des gesunden Weibes durch die Gravidität und während deren Dauer eingehendere Studien an einem zahlreichen Beobachtungsmateriale anzustellen.

Mongeri hat über den Gegenstand kürzlich eine hübsche Studie veröffentlicht, wenn auch manche Punkte darin noch strittige sind.

Ich selbst kann hier, so reizvoll der Stoff gerade in physiologisch-psychologischer Hinsicht ist, auf diese Beziehungen nicht näher eingehen.

Was zunächst das körperliche Gebiet betrifft, so bewirkt hier der Generationsvorgang durch die Einschaltung des Plazentar-

und des fötalen Kreislaufs und das Wachstum des Uterus und des neuen kindlichen Organismus eine Modifikation und Erhöhung des Stoffumsatzes, erhöhte Anforderungen an Blutbildung und Bluterneuerung, Se- und Exkretion, an Respiration und Zirkulation, an Verdauung und Stoffwechsel, kurz eine Steigerung aller vegetativen Funktionen und Leistungen, die gegen gewöhnlich eine Veränderung der Ernährung der Gewebe überhaupt, also auch der Ernährung und Zirkulation des Nerven- und Zentralnervensystems ausmachen müssen. Störungen der Blutbildung und Blutzusammensetzung, selbst schwache Grade von Hydrämie und Leukocytose, besonders aber Anämie, Chlorose und Leukämie gehören nach *Bumm* schon zu den krankhaften Erscheinungen und kommen vorzüglich bei bereits geschwächten und disponierten Frauen vor.

Andere Autoren dagegen (z. B. *Theilhaber*) nehmen eine Veränderung der Zusammensetzung des Bluts an, besonders durch Rückaufnahme der fötalen Stoffwechselprodukte in den mütterlichen Kreislauf (*Fehling*) resp. durch Anhäufung solcher Toxine, die dann eine Autointoxikation, Toxämie (*Fellner*) des mütterlichen Organismus aus eigenen und fötalen Stoffwechselprodukten darstellen, so daß daraus nervöse und psychische Alterationen ätiologisch ableitbar wären.

Mit den obigen körperlichen Umwandlungen, zu denen als sehr gewichtig noch der Wegfall der Menstruation zu nennen ist, gehen nun auch in der Tat, teils indirekt über die somatischen Veränderungen und als deren Umsetzung in die Psyche (z. B. gerade die Gelüste), teils direkt und oft in Wechselwirkung mit ihnen, oder als ihre Korrelate, auch Änderungen des nervösen und psychischen Lebens einher — wohlverstanden auch beim gesunden, normalen Weibe.

In der Tat wäre es aber auch schwer zu verstehen, wenn eine so bedeutende Änderung des gewöhnlichen Zustands, eine das individuelle Leben auf so mannigfache Weise interessierende und affizierende Änderung das Gemüt selbst beim normalsten Verlaufe unbeteiligt ließe; und zwar wirkt sie alterierend, seltener aufheiternd, meist deprimierend und beunruhigend (*Hohl*).

Ideler tritt der Sache psychologisch noch näher und findet

die wesentliche Umgestaltung der weiblichen Gemütsverfassung begründet in der Offenbarung seiner Bestimmung und dem sich einleitenden Eintritt in eine neue Lebensstellung und ausgeprägt in einem auch bei lebenslustigen und oberflächlichen Frauen sich kundgebendem sittlichen Ernst, verbunden mit dem Schweben zwischen Furcht und Hoffnung, d. h. einerseits dem Gefühl der Beglücktheit, andererseits der Bangigkeit vor der Stunde der Geburt und ihren Gefahren, und zugleich mit der auferlegten vermehrten Sorge für Kind und Familie.

Als derartige nervöse und psychische Veränderungen in der Gravidität seien genannt:

Gesteigerte Reflexerregbarkeit, insbesondere abnorme Reflexe in den Gebieten des Bauchgeflechts des Sympathicus, des Vagus, der Nervi splachnici, Neuralgien auf den verschiedensten peripheren Bahnen (nervöses Zahn- und Kopfweh, Reißen in den Gliedern, Ischias), wobei vielfach der reflektorische Einfluß des wachsenden schwangern Uterus als wirkende Ursache angenommen wird. Ferner Ohnmachtsgefühle und wirkliche Ohnmachten. Veränderungen der Sensibilität, Parästhesien, Hyperästhesien, Parese des Darms. Erhöhte nervöse Erregbarkeit und Reizbarkeit. Reizzustand der Sinnesnerven, besonders der Geschmacks- und Geruchsnerven in Form von Persionen, einerseits Gelüsten und andererseits Idiosynkrasien (mit Ekel, Brechreiz). Schließlich auf rein psychischem Gebiete Anomalien des Begehrungsvermögens (auffallende, unwiderstehliche Begierden), ferner des Empfindungslebens, unbegründete Sympathien und Antipathien, oft gerade der entgegengesetzten Art wie im gewöhnlichen Leben; Störungen der gemüthlichen Sphäre in Form von leichten und schwereren Depressionen, bald heiteren, bald schmerzlichen Verstimmungen, leichter Verstimmbarkeit und raschem Stimmungswechsel von einem Extrem ins andere; Angstgefühle, grundlose Furcht (Todesfurcht); Traurigkeit, Taedium vitae; gesteigerte Affekte, abnorme Reizbarkeit des Gemüts, Zornesauswüthungen, Tränenausbrüche.

Die meisten dieser Symptome, besonders in ihren geringeren Graden, sind etwas gewöhnliches und als vorübergehende Erscheinungen ohne Belang (*Bumm*).

Die schweren Neurosen (Hyperemesis gravidarum, Hysterie, Epilepsie, Chorea, Eklampsie) der Schwangern und die eigentlichen ausgebildeten Graviditätspsychosen, zu deren Entwicklung außer der Gravidität wohl immer noch andere Momente wirksam sind, sollen hier außer Betracht bleiben.

Man wird nun wohl bei näherer Betrachtung dieser großen Reihe von nervös-psychischen Erscheinungen, wie sie durch die Gravidität hervorgerufen werden, nicht leugnen können, daß viele davon, und besonders die hochgradigeren, für sich genommen und ohne Betrachtung des sie verursachenden, veränderten Gesamtzustands des Weibes in dieser Zeit, rein nach ihrer Qualität und äußern Erscheinungsweise mit den hysterischen Symptomen eine mehr oder minder große Ähnlichkeit und Übereinstimmung zeigen, wenn wir sie auch nicht direkt mit hysterischen Erscheinungen identifizieren möchten und sie auch zusammen kein hysterisches Zustandsbild ausmachen. Wieder andere der Hysterie eigentümliche, für sie charakteristische Veränderungen sehen wir in der Schwangerschaft nicht oder doch nicht häufig auftreten. Die nicht seltenen Fälle dagegen, in welchen die Gravidität eine bereits entwickelte Hysterische trifft, lassen wir hier unerörtert.

Wir wollen mit diesem Vergleich mit anderen Worten nur sagen: eine Frau, welche von den beschriebenen psychisch-nervösen Symptomen alle oder einen Teil darbietet, ohne daß Gravidität oder auch Graviditätswahn in Frage käme, würden wir unbedingt für die Hysterie reklamieren. Man vergleiche hierzu gerade aber auch jene merkwürdige Veränderung, die sogenannte eingebildete Schwangerschaft, wo, allerdings auf rein psychischem, autosuggestivem Wege, alle richtigen, subjektiven Schwangerschaftsbeschwerden, ja sogar einige unsichere, objektive Zeichen (Anschwellen, Färbung der Brüste) vorkommen. Gerade für die Entstehung dieser Anomalie setzen wir aber eine hysterische Anlage oder eine hysterische Veränderung der Organisation als Bedingung voraus, auch wenn vorher keine Zeichen derselben bestanden, sie also hierbei erstmals an dem betreffenden Individuum in die Erscheinung tritt.

Wenn nun mehrfach bei der Hysterie neben der Disposition

ätiologisch hauptsächlich eine Stoffwechselerkrankung und allgemeine Ernährungsstörung oder aber infolge davon eine Auto-intoxikation des Körpers, also auch eine Ernährungsstörung oder Intoxikation des Gehirns und damit eine spezifische Veränderung der ganzen Gehirnfunktion als grundlegend und ausschlaggebend für die Entwicklung dieser die Persönlichkeit in toto ergreifenden Neuro-psychose herangezogen wird (*v. Krafft-Ebing, Thoma*) — eine Annahme, welche durch vielfache Erfahrungen belegt werden kann —, so sind eben hier bei den nervös-psychischen Schwangerschaftserscheinungen, die wir mit hysterischen in Vergleich setzen, die Änderungen des Stoffwechsels und der Zirkulation, aus denen wir nach früherem auf eine Autointoxikation schließen, bereits gegeben in der Umwandlung des ganzen mütterlichen Organismus durch die heranwachsende Frucht und ihre Adnexe. Und zwar haben wir es hier mit einer so in die Augen fallenden und allgemeinen Veränderung der ganzen Konstitution zu tun, daß uns auch die hochgradigen nervösen und psychischen Erscheinungen der Schwängern auf dieser Grundlage ohne weiteres begreiflich erscheinen, trotzdem wir die Natur dieser körperlichen Veränderung selbst und die Art ihrer Rückwirkung und Überleitung auf das periphere und zentrale Nervensystem noch nicht genauer untersucht haben, und wir auch ein nachweisbares organisches oder chemisches Substrat der nervös-psychischen Störungen an zentraler Stätte oder auf peripheren Bahnen bis jetzt ebensowenig festzustellen vermögen, wie bei der echten Hysterie. In diesem Punkte sind beiderlei Veränderungen gleich. Dagegen fehlt uns bei der echten Hysterie selbst die Kenntnis der allgemeinen, groben Art der Stoffwechselstörung oder Autointoxikation und ihrer Einwirkung auf das nervös-psychische Leben, die wir im Prinzip aus anderen Erwägungen annehmen müssen, gänzlich; ihre Natur ist erst noch zu erweisen.

Vielleicht gelingt es aber, gerade zunächst durch ein genaueres Studium der in der Erscheinungsweise ähnlichen psychisch-nervösen Schwangerschaftserscheinungen und der ihnen zugrunde liegenden Stoffwechselumänderungen, denen wir eher näher kommen als den die echte Hysterie bedingenden, weil wir dabei wenigstens

von bekannten Veränderungen der körperlichen Konstitution auszugehen vermögen, auch das noch dunkle Gebiet der Ätiologie der Hysterie allmählich zu erhellen.

Vor einer direkten Übertragung der dabei gefundenen Verhältnisse auf die Hysterie wird man sich gleichwohl hüten müssen. Wir betrachten die Untersuchung lediglich als einen Weg, wie man der Entstehung psychischer Erscheinungen auf der Grundlage somatischer Veränderungen, also etwa einer allgemeinen Stoffwechselstörung, einer Autointoxikation und dadurch hervorgerufener veränderter Gehirnernährung im besonderen näher kommen könnte. Es können ja beiden Zuständen — der Gravidität und der Hysterie — wesensverschiedene Stoffwechselstörungen und Änderungen der Gehirntätigkeit zugrunde liegen. Gewisse Analogien und Schlußfolgerungen werden sich aber trotzdem ergeben.

Gerade die vergleichende Untersuchung der nervösen und psychischen Erscheinungen bei der wirklichen Schwangerschaft, die offenbar mit der somatischen Umgestaltung des weiblichen Organismus aufs engste zusammenhängen und auch mit ihr wieder sofort verschwinden, mit den durchaus analogen, wie sie sich bei der eingebildeten Schwangerschaft auf hysterischer Grundlage einstellen, zeigt deutlich, wie auf verschiedenen Wegen gleiche nervöse Störungen zustande kommen können.

Bei der Gravidität bewirkt die ganze Umwandlung des mütterlichen Organismus und die Einwirkung dieser auf die einzelnen Organsysteme auf uns bisher unbekannten Bahnen auch nervöse und psychische Veränderungen, die beschriebenen nervös-psychischen Schwangerschaftsercheinungen, die wir auf eine Veränderung irgendwelcher Art im Gehirne selbst, als dem Substrat aller psychischen Tätigkeit zurückführen dürfen.

Bei der eingebildeten Schwangerschaft aber weckt die vorhandene abnorme Körper- und Gehirnorganisation, die wir als hysterische bezeichnen, die wir aber gleichfalls auf irgend eine bis jetzt unbekannte Stoffwechselerkrankung beziehen müssen, zunächst den Wunsch und die Idee von der bestehenden Schwangerschaft. Und diese Idee ist für den ganzen Organismus infolge einer pathologischen Beschaffenheit so zwingend, daß dieselben

nervös-psychischen Erscheinungen entstehen, wie bei der wirklichen Schwangerschaft auf bekannter organischer Grundlage.

Auf der anderen Seite zeigen dann wieder einige echte psychisch-nervöse Schwangerschaftserscheinungen einen ganz hysterischen Charakter. Wir denken dabei z. B. gerade an die so bezeichnenden Gelüste und Idiosynkrasien der Schwangeren, die offenbar aufs engste mit der Änderung der mütterlichen Organisation zusammenhängen.

Hier werden auf noch unbekanntem Wege so heftige Begierungsvorstellungen oder auch Antipathien wachgerufen, daß die Frauen denselben wie einem psychischen Zwange unterworfen sind, unter dessen Nichtbefriedigung sie ungeheuer leiden, dem Folge zu leisten sie aber keine Mittel scheuen, ganz ähnlich, wie bei echten hysterischen Gefühlen, Vorstellungen und Strebungen auch.

Die nervös-psychischen Erscheinungen der wirklichen Gravidität verschwinden unmittelbar mit dem Aufhören dieser selbst als der bedingenden organischen Ursache, d. h. mit der Geburt des Kindes; die hysterischen Schwangerschaftserscheinungen verschwinden ebenso plötzlich mit dem objektiven Nachweis, daß Gravidität nicht besteht, d. h. mit der Korrektur der Idee von der Veränderung.

So verschieden also die beiden Zustände *de facto* sind, so beweisen doch die erwähnten Tatsachen, daß die somatischen Grundlagen beider auf irgend einer Etappe der Entwicklung eine Verwandtschaft oder einen Zusammenhang haben müssen.

Erst der genauere Nachweis dieses Zusammenhangs würde aber den Widerspruch zwischen den beiderlei Erscheinungen noch vollends aufklären.

Ebenso interessant und wichtig wie diese Frage wäre die genauere Erforschung der somatischen Menstrualvorgänge und der Art ihrer Einwirkung auf die Psyche des Weibes, durch welche die bekannten nervös-psychischen Menstrualerscheinungen zustande kommen, weil auch hierbei einiger Aufschluß darüber zu erwarten wäre, auf welche Weise körperliche Vorgänge auf das Gehirn und seine Tätigkeit einwirken und psychische Anomalien hervorbringen. Von den Veränderungen am normalen

Weibe wäre dann überzugehen auf die Art der menstruellen Einwirkung auf das Gehirn bei psychopathisch belasteten und ganz besonders wiederum bei hysterischen Individuen, bei welchen bekanntlich die Ausschläge im psychischen Leben durch die Menstruation außerordentlich gesteigerte und sogar tief pathologische sein können.

Des hypothetischen Charakters dieser Ausführungen bin ich mir wohl bewußt. Trotzdem mochte ich sie hier nicht unterdrücken, weil sie vielleicht Anregung zu Untersuchungen in der angedeuteten Richtung geben könnten. Ob diese wirklichen Erfolg bringen würden, kann ich allerdings selbst nicht entscheiden.

Zu solchen Untersuchungen gehört als selbstverständliches Rüstzeug die Zuhilfenahme sämtlicher Forschungsmethoden, also auch der auf diesem Gebiete unentbehrlichen und in ihrer Berechtigung nicht zu erschütternden psychologischen. Denn diese verliert dadurch, daß wir ihr keine alleinherrschende Bedeutung weder für die klinische Untersuchung noch für die Diagnose, noch für die Einreihung der gewonnenen Symptome in bestimmte Krankheitsformen geben, nichts an innerer Wichtigkeit. Sie wird gegenteils an Vertiefung nur gewinnen, wenn wir ihr Gebiet auf dem Wege naturwissenschaftlicher Erkenntnis einschränken und sicherer umgrenzen können.

Das persönliche Moment des Untersuchenden vermögen wir hierbei allerdings nicht auszuschalten; spielt es doch auch bei den exaktesten ärztlichen Untersuchungen, den physikalischen, psychophysischen und den naturwissenschaftlichen überhaupt eine größere oder kleinere Rolle.

Auf den Streit der Meinungen, ob die Hysterie durchaus eine angeborene Krankheit sei, oder ob nicht Formen echter hysterischer Erscheinungen auch bei psychischen Erkrankungen auf anderer Grundlage (Tumoren, Schwefelkohlenstoffvergiftung, Alkohol, Spiritismus, Hypnose, Traumen, Shok) ausgelöst werden können, wollen wir hier nicht näher eingehen.

Zum Zustandekommen der Hysterie, sowohl der sogenannten angeborenen, wie auch der ausgesprochen hysterischen Begleiterscheinungen bei anderen Zustandsformen, werden wohl, wie bei den psychischen Krankheiten überhaupt, nicht eine einzige Ur-

sache, also eben die erwiesene Heredität oder Anlage, die sich ja ohnehin allein wieder aus vielerlei, verschiedenwertigen und in jedem einzelnen Falle verschiedenen Faktoren zusammensetzt, sondern immer eine Mehrheit und Kombination verschiedener wichtiger ätiologischer Momente wirksam sein, über deren Gradunterschied und Bedeutung für die Entwicklung der hysterischen Veränderungen sich allerdings immer streiten läßt. Daß die Anlage immer und allein das maßgebende ist, wird man aber nicht sicher feststellen können.

Auch wir fassen den Boden der Hysterie als einheitlichen, in einer allgemeinen Stoffwechselveränderung bestehenden auf, durch welche Ernährungsstörung eine Autointoxikation hervorgerufen werden kann. Diese immer wiederkehrende Grundlage wird aber im einzelnen ein Ergebnis aus verschiedenartigen und verschiedenwertigen einzelnen Elementen sein, unter denen bald das eine, bald das andere vorwiegen kann, wenn nur ihr Produkt denselben Wert darstellt, d. h. eben die spezifische, hysterische Stoffwechselalteration mit ihrer Einwirkung auf die Gehirnfunktion ausmacht. Es liegt also kein Grund vor, die Annahme direkt von der Hand zu weisen, daß im Prinzip diese spezifische Schädigung des Zentralnervensystems nicht auch durch eine Verbindung, in welcher die oben genannten Faktoren (Tumor, Trauma etc.), aber auch andere, z. B. Chlorose, Dysmenorrhoe, Gravidität, Klimakterium vorkommen, entstehen kann und bei Zuständen auf dieser Grundlage echte hysterische Begleiterscheinungen erzeugen soll.

Je nach der Konstellation der übrigen ätiologischen Momente und dem Grade ihrer Ausbildung, aber auch je nach der Stärke der eben genannten einzelnen Faktoren selbst, werden diese für die Entwicklung der Hysterie resp. der ihr zugrunde liegenden Stoffwechselerkrankung, also in dem nötigen und durch sie mitbedingten und ergänzten Produkte eine größere oder kleinere Rolle spielen. Der Gravidität schreiben wir außerdem nach unsern obigen Ausführungen zu, daß sie auch beim sonst gesunden Weibe durch ihre, der hysterischen ähnliche oder verwandte Stoffwechselumänderung des ganzen mütterlichen Organismus auch hysterieähnliche, nervös-psychische Erscheinungen hervorbringt.

Beim Studium der Hysterie im allgemeinen möchte ich darum überhaupt vor einer allzu entschiedenen und einseitigen Betonung der sogenannten hysterischen Anlage und Konstitution und der Auffassung der Hysterie als einer angeborenen Krankheit warnen, so lange uns das Wesen dieser hereditären Anlage und Konstitution (Charakter) selbst noch so gut wie unbekannt ist.

Worin besteht die hysterische Anlage denn?, wie ist sie beschaffen?, in was gibt sie sich spezifisch kund?, worin unterscheidet sie sich von der hereditären Anlage überhaupt?, welche Einzelzeichen müssen vorhanden sein? welche dürfen fehlen?

In welchem Alter sollen die ersten hysterischen Anzeichen, die Krankheit als angeborene aufgefaßt, auftreten? Bis zu welchem Alter dürfen sie eben noch ausbleiben, um als hysterische noch gezählt zu werden? Und wenn solche frühzeitig auftreten, ist nicht trotzdem und wenn sie auch späterhin als Begleiterscheinungen auftreten, die Entwicklung einer ganz andern Krankheitsform möglich?

Es kombinieren sich doch auch bei andern körperlichen und psychischen Erkrankungen Symptome aus verschiedenen Krankheitsgebieten, die sehr heterogener Natur sein können, und sie lassen doch eine Haupterkrankung deutlich zum Ausdruck kommen, ohne daß darum die spezifische Art der andern Erscheinungen in Abrede zu stellen wäre.

Aus diesen Fragestellungen geht hervor, daß nicht die sogenannte hysterische Anlage allein für sich, die für uns noch ein sehr dunkles Gebiet darstellt, für die Entscheidung und Diagnose der Hysterie maßgebend sein kann. Erst die Berücksichtigung der Gesamtheit der ätiologischen Momente mit Einschluß der Anlage, die Gesamtheit aller Erscheinungen des Leidens in Zusammenhang mit Entwicklung und Verlauf von Beginn an müssen herangezogen werden, um nach kritischer Würdigung die Diagnose eines klaren Zustandsbildes zu sichern, wie es übrigens bei allen unsern klinischen Untersuchungen und Feststellungen von jeher geschehen ist.

An dieser Stelle kommt es uns jedoch mehr als auf diese klinischen Vergleiche der nervös-psychischen Veränderungen in der Schwangerschaft mit den hysterischen auf die forense Seite

der Frage, d. h. darauf an, inwiefern zu einem gegebenen Zeitpunkt, dem der Tat, vorhandene psychische Schwangerschaftserscheinungen den Ablauf der normalen Geistestätigkeit zu verändern oder zu beeinflussen vermögen. Da waltet denn kein Zweifel ob, daß mit den genannten Graviditätserscheinungen bereits Störungen des psychischen Gleichgewichts vorliegen und daß die Entstehung wenn auch nur vorübergehender krankhafter Zustände der Geistestätigkeit, welche die Zurechnungsfähigkeit der Person beeinträchtigen oder aufheben können, auf dieser Grundlage, d. h. infolge der Gravidität (und auch beim sonst gesunden Weibe) unbedingt zugegeben werden muß.

Allerdings möchten wir damit nicht allgemein einer geistigen Debität des schwangeren Weibes für die forense Beurteilung das Wort sprechen; auch hier muß die genaue Behandlung des Einzelfalls, die Analyse der Tat und der geistigen Person der Täterin die Richtschnur unsres Handelns sein. Aber größte Vorsicht und schließlich eher die Milde als die Strenge ist hier am Platze. Ist schon für das gesunde, nicht gravide Weib — ob die Frauenrechtlerinnen damit einverstanden sind, ist mir nicht bekannt — wegen seiner vom Manne verschiedenen geistigen Verfassung (Mangel an Rechtssinn, Unfähigkeit, Affektstürmen zu widerstehen) strafrechtlich vielfach eine mildere Beurteilung anzustreben, ist ferner das Moment der Menstruation bereits mit vollem Recht als von großem Einflusse auf das Seelenleben des Weibes und für seine Zurechnungsfähigkeit unter Umständen als von eingreifendster Wichtigkeit erkannt worden, so darf hier an dritter Stelle ebenbürtig, wenn nicht in weit bedeutsamerem Maße der gravide Zustand mit seiner totalen Umänderung des somatischen und psychischen Gleichgewichts genannt werden. Wir zweifeln auch nicht, daß der gewissenhafte Begutachter im konkreten Falle sehr häufig auch bei der gesunden Gravidität ein exkulpierendes Moment wird namhaft machen können.

Jedenfalls ist die geistige Integrität des graviden Weibes, ebenso wie die des menstruierenden, nicht einfach als gegeben anzusehen, sondern es ist im Einzelfalle erst zu erweisen, ob die Gravidität nicht eine psychische Läsion oder Veränderung, die für die forens-psychiatrische Beurteilung des Geisteszustandes in Frage kommt, gesetzt hat.

Auch bei Frau N. N. bestanden die Schwangerschaftsbeschwerden und zwar auf somatischem wie auf nervös-psychischem Gebiete in gesteigertem Grade. Sie werden also auch bei der forensen Untersuchung mit heranzuziehen sein.

Dies führt zu einem weiteren Betrachtunkte. Trifft diese Beurteilungsweise nämlich schon für einen normalen Schwangerschaftsverlauf zu, wie viel mehr erst für diejenigen Fälle, wo es sich nicht um eine gesunde geistige Gesamtpersönlichkeit, sondern um nach irgend einer Richtung psychopathisch veranlagte gravide Individuen handelt, bei welchen gewöhnlich auch die körperlichen und nervösen Schwangerschaftsbeschwerden einen höhern, oft unerträglichen Grad erreichen, so daß schon dieses Moment an sich bei der Beurteilung stark ins Gewicht fällt.

Im übrigen sind hier der Möglichkeiten so viele, daß sie einzeln nicht alle aufgeführt werden können. Entweder zeigen, wie gesagt, die gewöhnlichen körperlichen Schwangerschaftsbeschwerden eine solche Zunahme der Erscheinungen, daß sie auf das nervöse und psychische Gebiet übergreifen und die Geistestätigkeit mit beeinflussen und dem freien Willen entziehen, oder die genannten normalerweise vorhandenen nervösen und psychischen Veränderungen, also auch die erwähnten Gelüste und die Affekterscheinungen, nehmen einen exzessiven Grad an und stellen gleichfalls die gesunde Vernunfttätigkeit in Frage, oder schließlich es stellen sich neue hochgradige psychische Störungen ein, in welchen eklatanterweise die freie Willensbestimmung direkt ausgeschlossen ist.

Natürlich kommt es bei der forensen Beurteilung dieser Erscheinungen sehr auf die Art und den Grad der psychopathischen Anlage oder Minderwertigkeit einerseits und auf Grad und Art der Ausbildung der Veränderungen selbst an.

Im allgemeinen wird es uns aber, da schon die Schwangerschaft selbst eine Stoffwechselstörung und durch diese eine Veränderung der Gehirntätigkeit setzt, welche auf die Entstehung von hysterie-ähnlichen nervös-psychischen Erscheinungen hinarbeitet, nicht wundern, daß in Fällen, wo eine psychopathische Anlage überhaupt und eine zu Hysterie neigende Konstitution, d. h. eine Stoffwechselerkrankung dieser Art im besondern vorhanden

ist, nun auch bei eintretender Schwangerschaft vorwiegend und mit besonderer Stärke gerade hysterische Erscheinungen zum Ausbruch kommen, auch wenn vorher solche nicht oder nur in geringem Maße zutage getreten waren. Beide Schädigungen der Konstitution (Gravidität und Hysterie) wirken eben in demselben Sinne auf das Gehirn ein und lösen darum um so eher die spezifischen Erscheinungen in verstärktem Grade aus.

Untersuchen wir nun unsern Fall nach der psychopathologischen Seite, so wollen wir kurz zusammenstellen:

Zunächst ziemlich starke erbliche Belastung durch Trunksucht und Apoplexien des Vaters, Hystero-Epilepsie der älteren, Hysterie der jüngeren Schwester. In der Pubertät Dysmenorrhöen, in der Ehe rasche Aufeinanderfolge der Geburten. Wenig lebenskräftige Nachkommenschaft.

Während im übrigen die Entwicklung eine normale gewesen zu sein scheint und man es auch nach der Beobachtung in der Anstalt mit einer vollsinnigen Persönlichkeit von Durchschnittsbegabung ohne auffallende geistige und sittliche Defekte zu tun hat, bei welcher gewöhnlich psychopathische Erscheinungen nicht bestehen oder wenigstens nicht beobachtet worden sind, treten in jeder Gravidität die im Gutachten näher beschriebenen nervös-psychischen Zustände auf:

Eine ganze Reihe von körperlichen Stigmata der Hysterie, ferner Traumreden, Schlafwandeln, erhöhte psychische Reizbarkeit, Stimmungsanomalien bis zur Entwicklung einer ausgeprägten psychischen Depression, wie sie als übermäßige, krankhafte Reaktion auf physiologisch und psychologisch bedingter, gedrückter Stimmungslage in der Beobachtungszeit hier auftrat, aber auch aus jenen Stimmungsschwankungen entspringende, ins Hemmungslose sich steigernde Affektausbrüche des Zorns mit nachfolgender Verstimtheit und Schwerbesinnlichkeit.

Es will scheinen, als ob diese Veränderungen mit jeder folgenden Gravidität an Stärke gewonnen hätten. Sie sind so auffallend und auch dem Laien als besondere (krankhafte) imponierend, daß man bereits aus dem ersten derartigen Anfall jeweils auf das Bestehen einer neuen Gravidität schloß. Mit der Beendigung der Schwangerschaft hören die Symptome auf; insbesondere bestehen

dann keine auffallenden nervösen Anomalien und Stimmungsschwankungen mehr. Die rasche Aufeinanderfolge der Geburten und die damit einhergehende Schwächung des Organismus scheint der Ausbildung und Steigerung der nervös-psychischen Veränderung mit jeder weiteren Gravidität günstig gewesen zu sein.

Wenn wir nun alle Erscheinungen dieser im Zusammenhange betrachten und an der Hand unserer klinischen Erfahrung prüfen, so werden wir sie als den Ausdruck einer psychopathischen Anlage erkennen, die bisher und in gewöhnlichen Zeiten latent bleibt, durch die außergewöhnlichen Ereignisse der Gravidität und den umstimmenden Einfluß dieser auf den ganzen Organismus des Weibes, auf seine somatische und psychische Konstitution, aktuell wird und in die Erscheinung tritt, wie denn bekannterweise den weiblichen Entwicklungs- und Generationsvorgängen überhaupt, z. B. der Pubertät, der Menstruation, der Gravidität, dem Puerperium, dem Klimakterium die Rolle zukommt, daß sie bisher latente, nervöse und psychische Veränderungen auslösen, wenn nur die Disposition dazu im Körper stark genug vorhanden ist, ebenso wie sie bereits bestehende Erscheinungen dieser Art ins Unerträgliche und zu wirklichen Psychosen steigern kann.

In unserem Falle werden wir die Gesamtheit der in der Gravidität zutage tretenden psychischen Abnormitäten zwar als teilweise durch die Veränderung des Organismus in der Gravidität an sich bedingte ansehen müssen, ihre Steigerung ins Pathologische aber auf Rechnung der psychopathischen Anlage setzen. Und zwar werden wir ihnen wiederum den Charakter hysterischer Veränderungen zuerkennen; insbesondere fallen dabei im Zusammenhang mit den charakteristischen körperlichen Stigmata jene schon erwähnten exorbitanten periodisch auftretenden Verstimmungen und Gereiztheitsausbrüche ins Gewicht, welche hier beinahe eine für die Hysterie pathognomische Natur und Stärke angenommen haben.

Schwangerschaft und psychopathische Veranlagung gravitieren also in diesem Falle offenbar nach der gleichen Seite der nervös-psychischen Veränderung und verstärken ihre Wirkung gegenseitig in der Richtung der Ausbildung hysterischer Erscheinungen und Zustände.

Es ist nun keine Frage, daß weder der gravis Zustand, d. h. die dadurch bewirkte Umwandlung der leiblichen und geistigen Konstitution an sich noch auch die vorhandene psychopathische Anlage und die durch die Gravidität geweckten hysterischen Veränderungen an sich die Zurechnungsfähigkeit der Frau N. N. von vornherein in Zweifel stellen, so sehr diese Momente auch zur Vorsicht in der Beurteilung und zur gewissenhaften Erwägung aller Verhältnisse mahnen.

Es gehört hierzu, gerade im Verfolg dieser Mahnung, noch die genaue Analyse der Tat selbst und ihrer näheren Umstände, sowie die Beurteilung des Geisteszustands der Angeschuldigten zur Zeit der Tat mit gleichzeitiger Berücksichtigung aller Besonderheiten des Falls, also auch eben der schon abgehandelten Momente der Gravidität und der hysterischen Veränderung der N. N. in derselben.

Da ist zunächst die eine Beobachtung von Wert, daß der Zeitpunkt der Tat mit einem supponierten Menstrualtermin zusammenfällt. Daß die geistige Integrität des Weibes um diese Termine, d. h. sowohl einige Tage vorher als während des Bestehens der Menses als noch einige Tage nachher fraglich ist, ist seit den Arbeiten vor allem von *Krafft-Ebings* auf diesem Gebiete anerkannt; er hat seine Grundsätze hierüber erst in seiner letzten Arbeit „*Psychosis menstrualis*“ auf überzeugende Art zum Ausdruck gebracht und in sechs Thesen zusammengefaßt.

Von erhöhter Bedeutung sind die Menstrualtermine nun aber anerkanntermaßen bei psychopathisch beanlagten und ganz besonders bei hysterischen Individuen für deren psychische Äußerungen und Handlungen, weil zu diesen Zeiten die spezifische krankhafte psychische Anlage infolge der Menstrualvorgänge und ihrer Einwirkung auf die Gehirntätigkeit umso leichter und stärker zutage treten kann. Die forense Beurteilung wird dieses Moment nicht außer Acht lassen dürfen.

Es ist nun unsere durch mancherlei Detailerfahrung gefestigte Überzeugung, daß diese Termine nach Aufhebung der Menses in der Gravidität ihre Bedeutung nicht sofort verlieren, sondern zum mindesten für mehrere Monate auch hier noch Höhepunkte besonderer geistiger Labilität und Debilität (Auszeichnung durch

besondere Stimmungsanomalien, Affektsteigerungen) darstellen. Dies gilt also dann auch für die Zeit der Begehung der Diebstähle durch Frau N. N. Und wir dürfen dies Moment, wenn auch nur als erklärendes, nicht ausschlaggebendes für die Handlungsweise der Frau N. N. namhaft machen.

Auch die Tatsache, daß Frau N. N. zu jener Zeit der erneuten Schwangerschaft noch ihr jüngstes Kind stillte, wird man als eine weitere die Konstitution schwächende und der nervösen, Widerstandskraft zusetzende Beeinflussung gelten lassen dürfen.

Es kommt hinzu, daß in der Tat jenem Menstrualtermine (zugleich dem Zeitpunkt der inkriminierten Tat) entsprechend, heftige Affektstürme seit einigen Tagen eingesetzt und daß in der Frühe des betreffenden Tages selbst ein starker Zornesausbruch stattgefunden hatte, so daß Frau N. N., wie sonst auch nach derartigen Stürmen, an diesem Tage und den ganzen Tag über unter der Nachwirkung dieses Anfalls stand. Bekanntlich sind aber gerade diese Nachstadien nach den hysterischen Anfällen besonders ausgezeichnet durch transitorische Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustände) und diese wiederum durch zwar mitunter anscheinend wohlgeordnete, im Grunde aber doch unbewußte oder nur halbbewußte Handlungen, welche häufig sogar verbrecherischen Charakter annehmen. Leider fehlen uns nun über den Geistes- und Bewußtseinszustand der Angeschuldigten und ihr Benehmen während der Tat, ebenso vorher und nachher, jegliche verwertbare Angaben. Sie ist im Zorn von Hause fort; den Bestohlenen ist sie bei den ganz kurzen Begegnungen durch nichts aufgefallen. Die Einzelhandlungen weisen an sich als Tatsachen nichts besonderes auf; das Genauere, wie sich diese abgespielt haben, wie sich im einzelnen Frau N. N. dabei benommen hat, ob nicht doch mancherlei frappante Besonderheiten mit unterlaufen sind, ist gänzlich unbekannt, da die Täterin während der Ausführung unentdeckt blieb.

So bleiben wir denn vor allem an der Massenhaftigkeit und raschen Aufeinanderfolge der Diebstähle seitens einer bis dato unbescholtenen Frau haften. Diese eine Tatsache ist aber für sich so überaus befremdlich, daß wir ohne die Annahme eines abnormen Bewußtseinszustands zu einer Erklärung überhaupt unvermögend sind.

Dazu geben dann die späteren, einfachen Angaben der Angeklagten selbst während der Beobachtungszeit die ungezwungene Ergänzung. Es hat sich, wenn wir diese mit dem Tatsachenbestand zusammenhalten, nach unserer wissenschaftlichen Erkenntnis in der Tat um transitorische Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustände, Hypnoide) gehandelt, für deren Einzelakte bekanntlich gerade bald das Triebartige oder Impulsive und Abrupte, bald der Mangel an Überlegung und Umsicht, bald das Traumhafte, bald das Nachwirken von aus dem Wachzustande herrührenden Begehungen charakteristisch ist.

Über den Grad dieser Störung läßt sich aber ein Bestimmtes nicht aussagen; es kann sich um ein totales Traumhandeln, aber auch um teilweise bewußtes Tun handeln, wie es beides diesen Zuständen eigen sein kann. Hierüber ist in dem konkreten Fall eine Entscheidung unmöglich, weil, wie gesagt, jede genaue Beobachtung des Geisteszustandes der Angeklagten in dieser Zeit fehlt, die Tat selbst aber außer dem erwähnten, allerdings sehr auffallenden Moment der Häufung der Begehungen keine weiteren Anhaltspunkte nach dieser Richtung bietet.

Das Verhalten der Angeschuldigten nach der Tat aber, insbesondere die Unsicherheit in ihren Angaben bei der Verhaftung, die Widersprüche bei der Konfrontierung mit den Zeugenaussagen, die späteren Ungenauigkeiten bezüglich der Reihenfolge der Handlungen und anderer Einzelheiten dürfen nicht von vornherein als klarbewußte dolose Ausflüchte zur Belastung der Angeklagten benutzt werden; es kann ebensogut als Ausdruck einer abnormen Bewußtseinsverfassung, insbesondere als im Nachstadium des Dämmerzustandes noch bestehende Unklarheit, Benommenheit, Schwerbesinnlichkeit und wirkliche Erinnerungsdefekte zu ihrer Exkulpation geltend gemacht werden, wie denn überhaupt Frau N. N. erst nach und nach durch die häufigen Einvernahmen und ins Einzelne gehende Fragen über ihre Handlungen und deren Reihenfolge allmählich die volle Klarheit erlangt hat.

Wenn wir nun die verschiedenen hier namhaft gemachten Momente, welche bei der Beurteilung der Handlungsweise der Angeklagten in Betracht kommen, gegeneinander abwägen, so hat nach einer Schwächung der Konstitution durch gehäufte Geburten

die jetzige fünfte Gravidität mit ihren physischen und nervös-psychischen Folgezuständen, insbesondere der Stoffwechselumänderung, die in der psychopathischen Anlage latente hysterische Veränderung, die bereits in den vorhergegangenen Graviditäten hervorgetreten war, hier von neuem und zwar in gegen früher verstärktem Grade zur Erscheinung gebracht. Der Ausdruck dieser Veränderung war am Tage der Tat ein Affektausbruch, der zeitlich ursächlich mitbegründet war durch das Zusammenfallen mit einem Menstrualtermin. In dem Nachstadium und unter der Nachwirkung dieses Affekts fand dann in einem Dämmerzustande des Bewußtseins und auf Grund desselben die inkriminierte Handlung statt.

Daß diese bei dem geschilderten Zustande gerade in einem Diebstahle bestand, kann mit der gebotenen günstigen Gelegenheit, aber auch allgemein anthropologisch damit zusammenhängen, daß nach *Aschaffenburg* Diebstahl und Hehlerei die Arten der Unehrlichkeit sind, die Natur und Lebensweise dem Weibe am leichtesten möglich machen; noch eher natürlich hier in unserem Falle, wo die sonst vorhandenen psychischen Hemmungen infolge der Bewußtseinseinsenkung wegfielen und die Dränge ungestört walten können.

Außerdem ist erwiesen, daß gerade Hysterischen auf Grund ihrer krankhaften Anlage eine besondere Neigung, wenn nicht Drang zu Diebstahlshandlungen zu eigen ist.

Psychologisch wird aber gerade auch das Moment der Gravidität in Betracht fallen, weil die in der Tiefe des Bewußtseins jedenfalls vorhandenen Vorstellungen der Sorge um den zu erwartenden Familienzuwachs und der dadurch vermehrten Existenzsorgen bei Ausschaltung der sittlichen Hemmungen den Drang zur Bereicherung als Gegensatz und Ausgleich in allererster Linie wecken müssen.

Auch die Häufung und das Ungemäßigte der dolosen Impulse wird teils im Ausfall des Selbstbewußtseins in Verbindung mit dem Vorherrschen der Bereicherungsvorstellung, teils in dem hysterischen Grundzuge der Schwangerschaftsveränderung bei Frau N. N. im allgemeinen und in ihrer Geistesverfassung während des damaligen Dämmerzustands im speziellen die klinisch-psychologische Erklärung finden können.

Allerdings kommt diesen psychologischen Detailerklärungen im Verhältnis zu dem Tatsachenmateriale in der forensen Beurteilung nur eine nebensächliche Rolle zu. Die Facta aber: Bestehen der Gravidität, Veränderung der Psyche und Offenbarung der latenten psychopathischen Anlage in der Schwangerschaft in Form von hysterischen Stimmungsanomalien und Affektausbrüchen, Auftreten eines solchen am selben Tage vor der Tat unter Koinzidenz mit einem Menstrualtermin, Nachwirken des Affekts im Bewußtsein der Angeklagten während des Tages, unbegreifliche Häufung von Diebstahlshandlungen bei einer unbescholtenen Frau in diesem Nachstadium sind Momente genug, um einen zur Zeit der Tat gestörten Bewußtseinszustand, resp. ein eingegengtes Bewußtsein anzunehmen, sagen wir kurz: einen Dämmerzustand, in welchem aus dem wachen oder halbbewußten Zustande herübergenommene Begehrungsvorstellungen jetzt überwertig und übermächtig geworden waren. Darin liegt zugleich ausgesprochen, daß die freie Willenstätigkeit krankhaft beeinflußt war.

Alle diese Erscheinungen in ihrem Zusammenhange und ihrer Wechselwirkung sind geeignet, zur Exkulpierung der Frau N. N. in weitestgehendem Maße beizutragen, während auf die Frage, ob unbedingt und sicher der § 51 in vollem Umfange zutrifft, die Antwort des gewissenhaften ärztlichen Begutachters des fehlenden positiven Beweismaterials wegen ein non liquet sein muß, auch wenn noch so viele Momente für die Bejahung sprechen.

Aber wo der Sachverständige eine exakte Lösung nicht geben kann, kann dagegen der Richter in Würdigung aller Verhältnisse und Umstände doch zu einer Freisprechung kommen — wie auch in unserem Falle geschehen.

In ähnlicher Weise wie hier wird auch in anderen Fällen von kriminellen Handlungen der Schwangern die ärztliche Expertise oft ungezwungen in der nervös-psychischen Veränderung infolge der Gravidität auch bei sonst gesunden Persönlichkeiten berechtigte Zweifel an der psychischen Integrität an den Tag zu bringen vermögen. Erst wo trotz eingehender Untersuchung eine derartige Beeinflussung des psychischen Lebens im Einzelfalle nicht nachweisbar ist, wird die Zurechnungsfähigkeit der Inkulpatin aufrecht zu halten sein.

Noch viel eher dürfte es aber bei psychopathisch Veranlagten und wo bereits deutliche psychische Veränderungen irgend welcher Art bei Schwängern vorhanden sind, gelingen, auch deren Rückwirkung auf das freie Handeln darzulegen und eine Strafmilderung, wenn nicht Freisprechung der Gravida zu erzielen, zumal in vielen Fällen das Material der Untersuchungsakten und die fachärztliche Beobachtung bereits deutlichere Fingerzeige — wenn nicht eklatante Tatsachen — geben werden als in unserem Falle, der hierfür mangels positiven Beweismaterials ungünstiger gelagert war.

Literatur.

- Amelung*, Allgem. Zeitschrift für Psychatrie, 1847, Bd. 4 S. 325.
Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung, 1903.
Blumenstock, Gelüste der Schwängern. Eulenburgs Real-Encyclopädie, 1886, Bd. 8 S. 341.
Brouardel, Etat mental de la femme sous l'influence des fonctions genitales et en particulier de la grossesse. Gazette des hopitaux 1888, S. 345.
Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe, 1902.
Casper, Gerichtliche Medizin, 1860.
Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, 1903.
Ellinger, Die anthropologischen Momente der Zurechnungsfähigkeit, 1861.
Fellner, Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft und Wochenbett, 1903.
Flemming, Über die Gelüste der Schwängern in Bezug auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit, Archiv für medizinische Erfahrung, 1830, S. 169.
Flemming, Pathologie und Therapie der Psychosen, 1859.
Friedreich, System der gerichtlichen Psychologie, 1852.
Fürstner, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Archiv für Psychiatrie, 1899, Bd. 31 S. 627.
Ganser, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Archiv für Psychiatrie, 1904, Bd. 38, Heft 1 S. 34.
Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 1901.
Hoffbauer, J. C., Über die Gelüste, besonders der Schwängern, und ihren Einfluß auf die rechtliche Zurechnung. Neues Archiv des Criminalrechts, I. Bd., 1817 S. 602.
Hoffbauer, J. H., Die psychischen Krankheiten in Bezug auf die Rechtspflege, 1844.
Hohl, Vorträge über die Geburt des Menschen, 1845.
Jarcke, Die Lehre von der Aufhebung der Zurechnung, 1829.
Ideler, Über den Wahnsinn der Schwängern. Annalen des Charité-Krankenhauses, 1856, VII. Jahrg., Heft 1 S. 28.

Ideler, Gerichtliche Psychologie, 1857.

Jörg, Die Zurechnung der Schwängern und Gebärenden, 1837.

Kornfeld, Diebstähle in der Schwangerschaft. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1903, Bd. 60 S. 712.

von Kraft-Ebing, Die Gelüste der Schwängern und ihre gerichtlich-medizinische Bedeutung. *Friedrichs Blätter für gerichtliche Medizin*, XIX. Jahrg., 1868 S. 52, hier auch die ältere Literatur.

von Kraft-Ebing, Psychosis menstrualis, 1902.

Krönig, Über die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Gynäkologie, 1902.

Leopold, War Frau R. bei den während der Schwangerschaft begangenen Diebstählen zurechnungsfähig oder nicht? Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin, 1880, Bd. 33.

Liman, Hysterisches Irresein-Gutachten. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin, 1880, Bd. 33.

Lombroso, Der Verbrecher, 1890.

Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes etc., 1858.

Mendel, Leitfaden der Psychiatrie, 1902.

Mongeri, Nervenerkrankungen und Schwangerschaft. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. 58 S. 892.

Möbius, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes, 1903.

Neumann, Der Einfluß der Schwangerschaft und des Wochenbetts auf das Gemüt der Frauen. Journal für Geburtshilfe etc. von *E. von Siebold*. 1831, Bd. 11 S. 234.

Rücke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustands. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. 58 S. 115.

Nicolai, Handbuch der gerichtlichen Medizin, 1841.

Ribes, De la perversion morale chez les femmes enceintes, 1866, Dissertations de Straßbourg, 2^e Serie No. 940, hier auch französische Literatur.

Ripping, Die Geistesstörungen der Schwängern, Wöchnerinnen und Säugenden, 1877.

Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1887.

Schauenstein, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 1862 S. 176.

Theilhaber, Der Zusammenhang von Nervenkrankheiten mit Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane. 1902.

Thoma, E., Über hysterische Symptome bei organischen Hirnerkrankungen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1903, Bd. 60; S. 606.

Ziehen, Psychiatrie, 1902.

Ziele und Wege der Erbllichkeitsforschung in der Neuro- und Psychopathologie.¹⁾

Von

Dr. Wilhelm Strohmayer, Nervenarzt in Jena.

„Unser Wissen ist Stückwerk, und niemand vermag zu sagen, daß er in dem schlimmen Erbgange alles durchschaue.“

(Möbius, Göthe I, 282.)

Der Erbllichkeitsbegriff hat in der Ätiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten eine derartig umfängliche Bedeutung erlangt, daß die übrigen ursächlichen Faktoren an Wertschätzung weit hinter ihm bleiben. Bei der verhängnisvollen Popularität der Vererbungsanschauungen im Laienpublikum und ihrer enormen sozialen Wichtigkeit, die immer wieder in kriminal-anthropologischen Gesetzesvorschlägen zum Ausdruck kommt, ist eine gelegentliche Prüfung der sog. Vererbungstatsachen, sowie der Wege und Ziele der Hereditätsforschung Pflicht der Gewissenhaftigkeit.

Es hat an vereinzelt Stimmen²⁾ nicht gefehlt, die auf die unsicheren Fundamente unserer Erbllichkeitslehren aufmerksam machten und die mangelhaften Methoden kritisierten, deren wir uns bei ihrem Ausbau bedienen. Wenn auch ich heute in derselben Sache das Wort ergreife, so leitet mich der Wunsch, mitzuhelfen, die Erbllichkeitsbetrachtung in der Neuro- und Psychopathologie von den Bahnen abzulenken, auf denen ihr mehr und mehr Sterilität und Versumpfung drohen, und eine gesunde

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Sitzung der Medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu Jena am 29. Januar 1904.

²⁾ Vgl. *Martius*, Das Problem der Vererbung in der Pathologie, Berl. klin. Wochenschr. 1901. — *Wagner v. Jauregg*, Über erbliche Belastung, Wien. klin. Wochenschr. 1902, Nr. 44.

Bewegung zu unterstützen, die von dem Historiker *Lorenz*¹⁾ in unsere Wissenschaft hineingetragen wurde.

Sprechen wir in der Pathologie von Vererbung, so dürfen wir nicht vergessen, daß wir nicht auf der gesicherten und exakten Basis fußen, deren sich die biologische Vererbungsforschung erfreut. Eine über die allgemeinen Vererbungswahrheiten hinausgehende Unterstützung haben wir von ihr nicht zu gewärtigen. Der Grund, auf dem wir bauen müssen, ist die Empirie mit all ihren Mängeln und Schwächen; wir rechnen mit Tatsachen, die wir in der täglichen Praxis sammeln. Bei der praktischen Abschätzung der Mitwirkung des Vererbungsfaktors an dem Zustandekommen von Nerven- und Geisteskrankheiten sind wir in der Hauptsache auf die Ergebnisse der statistischen Erhebungen angewiesen, die in Zahlen ausgedrückt in dem Erblichkeitskapitel sich allmählich ein unbestrittenes traditionelles Bürgerrecht erworben haben. Je eindringlicher diese Erblichkeitsziffern zu reden scheinen, um so mehr ist man der Gefahr ausgesetzt zu vergessen, wie mangelhaft die Methodik war, die sie zutage förderte. Unter dem Einflusse des Gefühls einer gewissen Sicherheit, das aus der Tatsache entsprang, daß die Erblichkeitsstatistik eine behördliche Einrichtung ist, hat sich in weiten Kreisen die Vorstellung eingenistet, als ob durch die statistischen Zahlen ein verlässlicher Maßstab für die Vererbbarkeit von Nerven- und Geisteskrankheiten gegeben sei.

Wie zahlreich jedoch die Fehlerquellen gerade bei der Statistik in der Neuro- und Psychopathologie sind, mag mancher nicht vermuten, der der scheinbaren Objektivität ihrer Zahlen unterliegt. Bei der Aufstellung der Anamnesen, die das Material zu den Massenstatistiken über Erblichkeit liefern, ist dem Irrtum Tor und Tür geöffnet. Abgesehen von der recht verschieden großen Wißbegierde des Arztes und der geflissentlichen Unterschlagung von in einer Familie vorgekommenen Krankheitsfällen, vereitelt gewöhnlich eine mangelhafte Familienkunde die wünschenswerte Genauigkeit. Ausgeprägte Neurosen und Psychosen weiß

¹⁾ Vgl. *Lorenz*, Lehrbuch der gesamten wissenschaftlichen Genealogie, Berlin 1898.

auch der Laie gewöhnlich noch richtig für die Erbllichkeitsverhältnisse in Rechnung zu setzen; man kann von ihm aber nicht verlangen, daß er die feineren psychopathologischen Nuancen in seiner Familie erkennt, die die Kulminationspunkte in der Vererbungsfolge verknüpfen. Jeder Laie gibt die Erbllichkeit in seiner Familie so an, wie er sie auffaßt und versteht; ob er damit immer der Wirklichkeit nahe kommt, kann füglich bezweifelt werden. Darum muß man sich wundern, wie leichtsinnig man oft mit Schlußfolgerungen auf Grund von Laienangaben bei der Hand ist.

Unsere Bedenken gegenüber den statistisch gewonnenen Erbllichkeitsziffern müssen aber noch steigen angesichts des Maßstabes, mit dem in der Psychiatrie Erbllichkeit gemessen wird. Ich will gar nicht von der Gedankenlosigkeit reden, die die vagsten Begriffe wie „Nervosität“, „Kopfschmerzen“, „Nervenfieber“ u. a. m. für die „erbliche Belastung“ nutzbar macht, auch nicht von der verhängnisvollen „*Famille neuropathique*“, die ungefähr alles umschließt, was die Pathologie an Konstitutionskrankheiten kennt, die sich durch Vererbung in der wundersamsten Weise transformieren sollen. Selbst die offiziellen Zählkarten unserer Irrenanstalten verleiten dazu, mit dem immerhin inhaltsschweren Wort Mißbrauch zu treiben. Schon das Vorkommen von auffallenden Charakteren, Talenten, Trunksucht oder Selbstmord in einer Familie genügt, um ein ihr zugehöriges Individuum belastet erscheinen zu lassen. Dabei muß doch jeder vernünftige Mensch zugeben, daß diese und ähnliche *Facta* gelegentlich auch unter Verhältnissen auftreten können, die für die anderen Familienmitglieder auch nicht die geringste Belastung bedeuten. Ohne Prüfung der manchmal ausschlaggebenden individuellen Details wird generell Erbllichkeit notiert, wenn in der engeren oder weiteren Verwandtschaft eine psychische Erkrankung gefunden wird. Ob es sich dabei um eine tatsächlich vererbbar handelt oder um eine reine individuelle Erwerbung, die für die Deszendenz gar nicht oder nur unter ganz speziellen Bedingungen belastend sein kann, wird meist nicht erörtert, sondern nach dem Grundsatz verfahren: Geisteskrankheit in der Blutsverwandtschaft — ergo erbliche Belastung. Man hat sich mit den psychischen Abnormitäten allein nicht begnügt, sondern auch ganz wahl- und kritiklos das große Heer der

Nervenkrankheiten, Erkrankungen des Rückenmarks, Apoplexien u. ä. unter die belastenden Faktoren aufgenommen, obwohl sie nicht mehr und nicht weniger belasten als etwa in der Aszendenz vorgekommene Pneumonien oder Carcinome. Es ist kaum zu begreifen, daß man in der Psychiatrie gegen diese statistische Mißwirtschaft, die sich in dem plattesten Schematismus erschöpft, nicht schon lange Front gemacht hat und der Zahlen überdrüssig geworden ist, die von Jahr zu Jahr, aus den gleichen unsicheren Quellen stammend, in der gleichen nichtssagenden Form wiederkehren.

Um so mehr, als auch bei Vermeidung der offenkundigsten Abwege dem schwerfälligen Apparate der Massenstatistik ein recht geringer Wert beizumessen ist. Man darf sich nur einen Augenblick vergegenwärtigen, was sie besagt und was man aus ihr für die Erblichkeit folgern kann. Die Quintessenz ihrer Ergebnisse scheint in dem ziffermäßigen Nachweise zu bestehen, daß ein großer Prozentsatz der zur Beobachtung gelangenden psychisch Kranken erblich belastet ist. Damit ist ihre Beweiskraft zu Ende. Es wäre schon ein Irrtum, anzunehmen, die Massenstatistik habe den Beleg dafür erbracht, daß erblich Belastete mehr gefährdet seien, geistig zu erkranken als erblich nicht Belastete. Ebenso wenig findet der prognostisch schlechte Unterton, der bei der Betrachtung eines erblich belasteten Falles mitzuklingen pflegt, in ihr seine Rechtfertigung. Ganz abgesehen endlich davon, daß mit der Feststellung der erblichen Belastung bei einem Individuum noch lange nicht gesagt ist, sie sei es gerade, die beim Ausbruch einer psychischen Erkrankung hauptsächlich mitwirkte, ist auch mit dem gesicherten Fazit der üblichen Massenstatistik für die Psychiatrie nichts gewonnen. Denn es fällt gar nicht schwer, ihr eine andere Massenenquête an die Seite zu stellen, die durch die prozentualische Berechnung der erblich belasteten Geistesgesunden der ersteren den letzten Rest von Wert nehmen könnte. Hat doch eine Stichprobe von *Jenny Koller*¹⁾ an 370 Geistesgesunden er-

¹⁾ *Jenny Koller*, Beitrag zur Erblichkeitsstatistik der Geisteskranken im Kanton Zürich etc., Arch. f. Psych. XXVIII.

geben, daß 59% davon erblich belastet waren! Was wollen dagegen die Hereditätsangaben bei Geisteskranken bedeuten, die auf Grund der Massenstatistiken in verwirrender Weise zwischen 4–90% schwanken?¹⁾ Mit unseren plumpen Massenerhebungen tasten wir hilflos an der Peripherie des Vererbungsproblems herum, ohne daß es uns jemals gelingen könnte, dem Kernpunkte der Erbllichkeitsfrage näherzukommen, in welchem Umfange, in welcher Art und unter welchen Bedingungen die Aszendenz belastend auf die Deszendenz wirkt.

Vereinzelte Anläufe²⁾ haben nun gezeigt, daß es einen anderen Weg gibt, der zu diesem Ziele zu führen verspricht: die Individualstatistik, die sich auf das sorgfältige Studium von Familienstammbäumen stützt. Wollen wir aber nicht auch hier auf Flugsand bauen, so müssen wir unbedingt über die richtige Methodik klar werden, deren wir uns bei der Aufstellung von Stammbäumen zu befleißigen haben. Die fortgesetzte Beschäftigung mit allem, was Erbllichkeit heißt, hat mir die rückhaltlose Überzeugung verschafft, daß unsere Hereditätsforschung sich der Führung des Genealogen anvertrauen muß, wenn sie Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erheben will. Soll der Begriff der Erbllichkeit nicht auf die Stufe eines leeren Schemas herabsinken, so muß ihn die Vorstellung einer strengen Kausalität beherrschen. Grundlage jeder Erbllichkeitsbetrachtung muß die genealogische Ahnentafel werden, die von einem Individuum aufwärtssteigend sich nur an die lückenlose Reihe seiner sich von Generation zu Generation verdoppelnden Elternpaare hält. Nur sie ist der kausale Ausdruck der Vorfahren, deren Zeugungen zusammengenommen das Dasein eines Individuums und mithin auch seiner ererbten pathologischen Eigenschaften bestimmen. Nur die Ahnentafel, die sich ausschließlich in der direkten Familienab-

¹⁾ *Jenny Koller* hat bei 370 Geisteskranken in 76,8% erbliche Belastung gefunden, also etwa $\frac{1}{4}$ größer als bei den Geistesgesunden. Auf die übrigen Details der interessanten Arbeit der schweizerischen Kollegin sei nachdrücklichst verwiesen!

²⁾ Vgl. *Sioli*, Arch. f. Psych. XVI. — *Möbius*, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 40. — *Vorster*, Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XI.

stammung bewegt, gestattet ein Urteil darüber, wie viel aus der gemeinschaftlichen pathologischen Erbmasse der Aszendenz auf ein krankes Individuum gekommen sein kann. Physiologisch erben wir nur von unseren Eltern, Großeltern, Urgroßeltern usw., nicht aber von Onkeln, Tanten und Geschwistern. Erblich belastend für ein Individuum ist deshalb auch nur die direkte Aszendenz und nicht die kollaterale Verwandtschaft. Lassen wir auch — gewissermaßen auf Umwegen — Erkrankungsfälle in den Seitenlinien, z. B. unter den Geschwistern der Eltern oder eigenen Geschwistern dafür gelten, so verlassen wir bereits den festen Boden, indem wir eine latente, hypothetische Heredität unterstellen oder von der unbewiesenen Annahme ausgehen, daß Häufung von Erkrankungsfällen in einer Generation an sich schon ein Zeichen erblicher Belastung sei. Im übrigen stimme ich *Wagner von Jauregg*¹⁾ vollkommen bei, daß zum Vergleich der erblichen Belastung verschiedener Individuen nur die allen gleichmäßig und sicher zukommende direkte Ahnenreihe herangezogen werden darf, nicht aber die Kollateralen und Geschwister, deren Zahl und Vorhandensein überhaupt durchaus zufällig ist.

Wie wichtig eine genealogische Denkweise für unsere Erblichkeitsbetrachtung ist, ergibt sich klar aus der richtigen Deutung der sog. „belastenden“ Fälle in der kollateralen Verwandtschaft. Es scheint einfach und ganz verständlich, daß ein in der Anamnese dort nachzuweisender Krankheitsfall ein in der Deszendenz tiefer stehendes Individuum psychopathisch belaste. In Wirklichkeit gestaltet sich der Sachverhalt schwieriger, als man gemeinlich annimmt. Denn streng genommen beweist z. B. eine selbst als endogen erhärtete psychische Erkrankung eines Oheims oder Großoheims nichts für erbliche Belastung des Neffen, wenn nicht die gemeinsame Quelle für die pathologische Eigenschaft beider in der Reihe der vier oder acht Ahnen gefunden wird. Ist dies nicht der Fall, so können wir zwar einen belastenden Ausgangspunkt irgendwo in der Aszendenz vermuten, dürfen aber die Lücke in der zwingenden Beweisführung nicht übersehen. Glückt der Nachweis durch die richtige Aufstellung einer Ahnenprobe, so

¹⁾ Vgl. l. c. Seite 1155.

heißt das, um bei dem Beispiel von dem Großonkel und Großneffen zu bleiben, daß im Erkrankungsfall des letzteren von der Acht-Ahnenreihe her — mindestens — ein Atavismus wirksam wurde, der sich zu der Gesamtmasse der Vererbung verhält wie 1 : 8, vorausgesetzt, daß die Ahnen acht verschiedenen Familien angehören.

In solchen und ähnlichen Fällen noch von einer Kausalität zwischen der Erkrankung des Vorfahren und des Nachkommen sprechen zu wollen, hat, wie *Lorenz* mit schneidender Logik nachwies, etwas sehr Verhängnisvolles. Wir liefern uns dadurch bedingungslos dem Problem des Atavismus aus, dessen Wirkungskreis auch noch nicht annähernd festliegt. Geben wir zu, daß ein Atavismus aus der Acht-Ahnenreihe wirksam werden kann, so dürfen wir auch die Möglichkeit von der 16-Ahnenreihe her nicht von der Hand weisen u. s. f. Das hieße aber nicht mehr und nicht weniger, als daß dann jeder Mensch der Gefahr ausgesetzt erschiene, geistesranke Kinder zu erzeugen, da irgendwo in der Aszendenz jedes Individuums das Psychopathologische einmal gespuht hat. Dann könnten wir die ganze Erbliehkeitsforschung in einem resignierten Fatalismus aufgehen lassen.

Unsere medizinischen „Stammbäume“ emanzipieren sich leider von allen genealogischen Grundsätzen und begnügen sich meist damit, die von einem oder mehreren Individuen abstammenden Deszendentenreihen mehr oder weniger unvollkommen nachzuweisen und darunter vorgekommene Krankheitsfälle zu registrieren. Bei dieser Deszendenzbetrachtung bringt eine laxe Auffassung des Familienbegriffes häufig die schwerwiegendsten Verwirrungen hervor, weil man sich nicht scheut, auf Grund des rein äußerlichen gemeinsamen Familiennamens von Vererbungen zu sprechen, wo von einer Kausalität natürlich nicht mehr, sondern höchstens von einer Koincidenz auf Grund des Zufalls die Rede sein kann.

Um die Stärke der allgemeinen Vererbungstendenz innerhalb einer Familie messen zu können, werden wir die kollateralen Verwandtschaftsgrade (Geschwister, Oheime, Tanten etc.) nicht umgehen dürfen; es ist aber notwendig, daß man in jeder Generation strikte an der Grenze der genealogischen Familie Halt macht und sich nicht verleiten läßt, über Heiratsbrücken in eine andere

Familie überzugreifen, deren Erblichkeitsverhältnisse im allgemeinen mit denen der ersteren nicht das geringste zu tun haben, wie auch die beiderseits etwa vorkommenden Krankheitsfälle im besonderen. In der Vernachlässigung dieses Grundsatzes liegt die Hauptschwäche unserer psychiatrischen Stammbäume, ihr mangelhafter wissenschaftlicher Wert und ihre reduzierte Beweiskraft begründet. Solange wir uns damit begnügen, Bruchstücke von den verschiedensten Ahnenreihen unter dem einseitigen Gesichtswinkel der psychopathologischen Vererbung locker zu verknüpfen, solange werden unsere Stammbäume Zerrbilder von Erblichkeit liefern. Erst die strikte Durchführung vollständiger Ahnentafeln wird uns lehren, wie es um die Vererbung in der Pathologie steht.

Bei der immensen Schwierigkeit der richtigen Aufstellung von Ahnenproben im täglichen Leben liegt in diesen Erwägungen für uns Ärzte, die wir mit heißem Bemühen um den Schlüssel zum Rätsel der Vererbung ringen, ein schlechter Trost, und es ist nicht mehr als billig, daß wir den Historiker und Genealogen um Unterstützung auf dem mühevollen Pfade der Erblichkeitsforschung angehen. Allein, wenn wir uns an die Geschichte wenden, um Vererbungsfragen an den Beispielen historisch beglaubigter Persönlichkeiten zu messen, so harrt unser Enttäuschung über Enttäuschung. Sie zeigt uns zwar eine Anzahl prägnanter psychopathischer Figuren in den europäischen Fürstenhäusern (z. B. Johann Friedrich VI., Georg III u. a.). Versucht man jedoch der hereditären Komponente ihrer psychischen Abnormität auf die Spur zu kommen, so findet man, daß die erwarteten Zusammenhänge zwischen Aszendenz und Deszendenz recht lockere sind, daß sie psychopathische Einzelercheinungen darstellen, zu deren Erklärung selbst bei genauester Durchführung der Ahnenprobe höchstens ein weitläufiger Atavismus zu Hilfe genommen werden kann, der uns in der Vererbungserkenntnis nicht um einen Zoll weiter bringt.¹⁾

Von Dynastien, deren geschichtliche Akten abgeschlossen vor uns liegen, bietet das Geschlecht der spanischen Habsburger zweifellos das Bild eines jähen Verfalls und einer zum Aussterben

¹⁾ Vgl. Lorenz, l. c. Seite 432 ff.

im Mannesstamm (mit Karl II.) hindrängenden Degeneration. *Kekulé von Stradonitz*¹⁾, der diese Nachkommen von Johanna der Wahnsinnigen nach strengen genealogischen Prinzipien auf ihre Erblchkeit prüfte, sieht sich am Schlusse seiner interessanten Betrachtungen zu dem Geständnisse genötigt, daß er die brennendsten Fragen der Vererbung als ungelöst und vorläufig unlösbar ansehen muß (l. c. Seite 811). Ein solches Geständnis in solchem Falle läßt auch in der Zukunft für uns von der Geschichte wenig erhoffen.

In seinem Handbuch der Genealogie hat *Lorenz* (l. c. Seite 403) auch die Tragödie im bayerischen Königshause berührt und zur Untersuchung der ihr etwa zugrunde liegenden Erblchkeit aufgefordert. Ich muß nun — abweichend von ihm — gestehen, daß alles leichter ist, als genealogische Werke zum Studium der uns interessierenden Fragen nutzbar zu machen. Wir finden dort zwar Namen und Daten mit minutiöser, chronologischer Genauigkeit zusammengetragen, von biologischer Betrachtungsweise aber spürt man nicht einen Hauch. Dies nur nebenbei! Im übrigen ist mir nicht verständlich geworden, warum den drei von Ludwig I. ausgehenden Linien so verschiedenes Schicksal beschieden ward. Die Maximilianische königliche Hauptlinie erlischt mit zwei schweren Psychosen, die nach unseren Begriffen typisch-degenerativen Charakter tragen; die Luitpoldsche und Adalbertsche Nebenlinien gedeihen nicht nur weiter, sondern weisen sogar einen nicht gewöhnlichen Reichtum an lebensfrischen Sprossen auf.

Ich mag das Problem der Wittelsbacher drehen und wenden, wie ich will, ich komme über die folgende Erwägung nicht hinaus: Die Nachkommen Ludwigs I. erfreuen sich bezüglich ihrer Ahnen alle der gleichen Bedingungen. Selbst wenn also in der Aszendenz etwas Belastendes vorläge, so würde es sich für die Maximilianische Hauptlinie weniger um die Frage weitläufiger Vererbung handeln, als um die Erforschung der Umstände, die die Vererbung gerade bei ihr manifest werden ließen. Dabei tappen wir leider in einem

¹⁾ *Kekulé von Stradonitz*, Über die Untersuchung von Vererbungsfragen und die Degeneration der spanischen Habsburger, Arch. f. Psych. XXXV.

ganz unsicheren Halbdunkel. Man erzählt sich viel, aber Sicheres bekommt man nicht zu hören. In den Geschichtsbüchern findet man so gut wie nichts, und die Hausarchive sind verschwiegen wie das Grab.

Auch einige andere Dynastien zeigen in der Gegenwart und jüngsten Vergangenheit eine nicht gerade beneidenswerte Fülle von Mitgliedern, die den Stempel des Psychopathologischen tragen, und lassen es verlockend erscheinen, an ihnen unter Berücksichtigung der *Lorenz*schen Postulate die Tragweite des Vererbungsfaktors zu studieren. Aber in diesen Fällen muß man schon bei der notwendigen Vorfrage jeder Erblichkeitsbetrachtung Halt machen, wieviel von den fraglichen Neurosen und Psychosen von der direkten Erblichkeit ausgeschlossen und auf Rechnung exogener Ursachen gesetzt werden muß. In der täglichen Praxis kann man nach den ätiologischen Momenten der Syphilis, Trunksucht usw. fahnden, bei zurzeit noch regierenden Häusern verbietet sich ein solches Beginnen aus naheliegenden Gründen.

So sind wir also gezwungen, von der hohen Warte der Geschichte wieder herabzusteigen in den Dunstkreis des alltäglichen Lebens. Hier tritt uns, auch wenn wir die zweifelhaften Fälle ganz außer acht lassen, noch häufig und markant genug die Erfahrungstatsache entgegen, daß in der Blutsverwandtschaft bestimmter Menschen Neurosen und psychische Abnormalitäten sich hartnäckig erhalten und in einer geradezu überraschenden Reichhaltigkeit verzweigen, sobald einmal an einem Punkte das psychotische Moment manifest geworden ist. Da ist es erklärlich, daß der Arzt, der mit sehendem Auge und fühlendem Herzen mitten in all dem Elend steht, das Bestreben hat, durch eine sorgfältige Betrachtung der klinischen Einzelheiten ihren Erblichkeitsanteil zu ergründen und nach empirisch gewonnenen Grundsätzen hier durch eine gerechtfertigte Prophylaxe warnend einzugreifen und dort übertriebenen Erblichkeitsbefürchtungen zu steuern. Diese humanen Motive lassen alle die gebrechlichen Versuche entschuldbar erscheinen, die zur Klärung des Vererbungsproblems in der Neuro- und Psychopathologie je und je angestellt wurden. So wollte auch mein

Bemühen verstanden sein, als ich seinerzeit¹⁾ aus einem großen Material die weitverzweigten Stammbäume von 56 „schwer durchsuchten“ Familien sammelte, um an ihnen die Leistungsfähigkeit einer klinischen Individualstatistik zu erproben, die mir trotz all ihrer Schwächen und trotz ihres mangelhaften genealogischen Charakters im Verhältnis zur Massenstatistik als das kleinere Übel erschien.

Einige positive, zur Weiterarbeit ermunternde Resultate hat diese Individualstatistik sicher zutage gefördert. Ich erinnere an die tröstliche Tatsache, daß 30% der Familienmitglieder, ungeachtet ihrer schweren „erblichen Belastung“, gesund geblieben sind, und an den neuerlichen Nachweis der potenzierten Kraft der konvergierenden Belastung. An zahlreichen Beispielen konnte trotz des überwiegenden Polymorphismus des Vererbungsmodus eine exquisit gleichartige Vererbungstendenz mancher psychopathologischer Zustände erhärtet werden, so für die Melancholie, Manie, Epilepsie, Hysterie, Chorea, Migräne, nicht zu vergessen die Trunksucht. Interessant war das Faktum, daß sich die intellektuellen und affektiven Psychosen in einem Stamme gegenseitig auszuschließen scheinen. Mit einer gewissen Regelmäßigkeit fanden sich an den Tiefpunkten der sich von Generation zu Generation senkenden Hereditätskurve immer wieder dieselben Psychosen: Die schweren Hysterien, die Paranoia, die Hebephrenie, die periodischen und zirkulären Geisteskrankheiten und der Schwachsinn. Deutlich trat mir auf Schritt und Tritt die degenerierende Wirkung des Alkoholismus entgegen.

Aber mit diesen spärlichen Ergebnissen ist das Problem der Vererbung auch nicht entfernt erschöpft. Auch die Leistungsfähigkeit der klinischen Individualstatistik hat ihre Grenzen. Die Natur gibt uns Rätsel auf, an deren Entwirrung sie in ihrem jetzigen Umfange und ihrer jetzigen Methodik rettungslos scheitert. Daß irgendwelche Erbllichkeitsverhältnisse walten, scheint sicher. Unsere weitere Fragestellung geht dahin: Was ist Regel und was

¹⁾ *Strohmayer*, Über die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erbllichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. Münchener Med. Wochenschr., 1901, No. 45 u. 46.

ist Ausnahme, was muß und was kann vererbt werden, ist etwa gar nur Ausnahme, was wir als Regel ansehen und umgekehrt? Wo hört Erbllichkeit auf, wie weit kann ein Atavismus wirksam werden? Ein Blick in die Wirklichkeit lehrt die Berechtigung dieser Fragen. In ein und demselben Stamme kommen und gehen leichte und schwere Erkrankungsformen. In einer Generation schwillt die Erkrankungsflut zu einer erschreckenden Höhe an, um in der nächsten ohne ersichtlichen Grund wieder zu verebben oder nur noch in kaum merklichem Wellenschlage nachzuzittern. In Familien, die durch Generationen keinen einzigen Geisteskranken aufzuweisen hatten, tritt wie der Blitz aus heiterem Himmel eine schwere Psychose mit den sog. degenerativen Merkmalen auf und verschwindet ebenso plötzlich wieder. Den Ehen psychopathischer und geisteskranker Personen entstammen gesunde Deszendenten, während das Schicksal ebenso oft die Sprossen ganz intakter Eltern und Voreltern mit Geisteskrankheit schlägt, ohne daß wir imstande wären zu sagen, warum. Bei dieser Unsicherheit grenzt es beinahe an Hohn, wenn man von „Erblichkeitsgesetzen“ spricht.

Im Gegenteil, unsere gebräuchlichsten Erblchkeitsanschauungen stellen sich bei näherer Prüfung als stark revisionsbedürftig heraus. In erster Linie habe ich die Degenerationslehre im Auge. Der Begriff der fortschreitenden Degeneration auf der breiten Basis der Erbllichkeit hat in der Psychiatrie eine derartige Dignität erlangt, daß wir nach der Menge der Stigmata degenerationis auf körperlichem und geistigem Gebiete die pathologische Erbmasse einschätzen, die in einer Familie weitergegeben wird, und damit zugleich die Größe der Gefahr, die aus ihr der Nachkommen-schaft droht. Bei der Betrachtung der launenhaften Sprünge des Erbanges kann man zweifelhaft werden, ob wir dazu oder gar zu irgend welchen praktischen Konsequenzen berechtigt sind. Eine schematische Degenerationsskala deckt sich nur ausnahmsweise mit der Wirklichkeit. In manchen Familien bleibt der Degenerations-prozeß, ohne daß sich das Milieu mit seinen exogenen Wirkungen ändert, auf halbem Wege stehen, oder überspringt eine oder mehrere Generationen, um sich in späteren mit verstärkter Kraft zu manifestieren. In anderen nimmt die Artverschlechterung in der Deszendenz nicht zu, sondern ab, und der Stamm, an dessen

Wurzeln wir schwere Psychosen liegen sahen, treibt ein Wirrwarr von wilden Schöblingen — sonderbare Käuze, jähzornige Naturen, Trinker, Deséquilibrés — neben kräftigen Normaltrieben und köstlichen Früchten in Gestalt des Talentés und des Genies.

Im allgemeinen sehen wir: Es wirkt ein Etwas der progredienten Degeneration entgegen, und man sucht dieses assanierende Moment in der artaufbessernden Amphimixis mit gesundem Blute, die ja in jedem Stamme an irgend einem Punkte einsetzt. Eine haltbare Darstellung der Art und Wirkungsweise dieses enorm wichtigen Faktors wäre sehr zu wünschen. In unseren Krankenhospitalen liegt hierfür das geeignete Material nicht. Wenn die Regeneration sich vollzieht, so verschwindet der Stamm aus dem Gesichtskreise des Psychiaters, und was in seiner Erinnerung zurückbleibt, ist ein an Schattenseiten reiches Fragment einer Familiengeschichte. Eine Familienforschung außerhalb der Mauern der Irrenanstalten müßte die notwendige Ergänzung dazu liefern.

Vielleicht käme man auf diese Weise auch dazu, den Begriff der Degeneration seines rein hereditären Charakters zu entkleiden und ihn ernsthaft von der sozialen Seite anzugreifen. Fortschreitende Entartung durch reine Vererbung, wo das Psychopathologische von Generation zu Generation fermentartig sich verstärkt, ist nur in den Fällen fortgesetzter konvergierender Vererbungstendenzen denkbar. Häufiger kommt wohl der Anstoß, der den Stein ins Rollen bringt, von außen, sei es in Form rascher und ungesunder gesellschaftlicher Verschiebungen, oder in Form der Lues und des Alkoholismus. Hier tut sich eine Fülle von sozialpolitischen und kriminalanthropologischen Problemen auf, die ohnendes Studium verheißen.

Noch eins! Kleine Zeitläufte von der Länge eines Menschenalters sind kaum ein geeigneter Maßstab für den inhaltsschweren Begriff der Degeneration, und die laienhafte Décadencelehre, die sich nicht zum geringsten Teil auf psychiatrische Tatsachen zu stützen vorgibt, unterliegt einem kurz sightigen Trugschlusse. Eine in einem historischen Sinne getragene Familienforschung und die Geschichte selbst zeigt uns, daß das, was wir Degeneration nennen, keine konstant nach einem toten Punkte hindrängende

Linie darstellt, sondern eine Wellenbewegung, die um die ewige Gleichgewichtssaxe des Normalen auf- und ab oszilliert.¹⁾

Auch die so wichtige Frage der Inzucht und der Bedeutung der Blutsverwandtschaft für die Vererbung zählt noch zu den offenstehenden.²⁾ Daß Inzucht an sich kein artverschlechterndes Moment darstellt, ist durch die Erfahrungen der Tierzüchter ein für allemal erwiesen. Beruht doch alle Fortpflanzung und Erhaltung der Art im letzten Grunde auf Inzucht. Es wird sich darum handeln, festzustellen, wo die Grenzen dieses Naturgesetzes liegen und unter welchen Umständen sich das arterhaltende Prinzip ins Gegenteil verkehrt.³⁾ Zahlreiche geschichtliche Tatsachen, denen sich leicht Beispiele aus der täglichen Praxis an die Seite stellen lassen, sind schon jetzt mit annähernder Sicherheit so zu deuten, daß Heirat in der Blutsverwandtschaft nur dann verderblich ist, wenn es sich um ein belastetes Geschlecht handelt. Das wiederholte Vorkommen belastender Ahnen im Stammbaume scheint schädlich zu wirken, um so schädlicher, je näher die belastenden Ahnen dem Probanden stehen.⁴⁾ Im übrigen hängt es bei der Kopulation von Blutsverwandten außer von der Art des Verwandtschaftsverhältnisses noch von einer Reihe ganz unbekannter Ursachen ab, ob die psychischen Gesundheitswerte einer Familie steigen oder fallen.⁵⁾

Wie können wir hoffen, aus diesem Labyrinth von Fragen einen befriedigenden Ausgang zu finden? Ich glaube, man sieht die Richtung schon, in der gegangen werden muß. Grundbedingung ist, daß wir mit der in der Psychiatrie üblichen bürokratisch-mechanischen Erblichkeitsstatistik gründlichst brechen. *Martius* bezeichnet sie als naiv, und das mit Fug und Recht. Sie nützt uns weder prognostisch noch prophylaktisch, und der kleine wissenschaftliche Gewinn, den sie zutage fördert, ist Scheingewinn, der die auf-

¹⁾ Vgl. *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten, Wien u. Leipzig 1894 (Seite 240).

²⁾ *Peipers*, Konsanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Descendenz, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, Seite 793 ff.

³⁾ Vgl. *Lorenz*, l. c. Seite 468 ff.

⁴⁾ Vgl. *Kekulé von Stradonitz*, l. c. Seite 811.

⁵⁾ Vgl. *Mayet*, Die Verwandtenehe und die Statistik, Jahrb. der internat. Verein. f. vergl. Rechtswissenschaft etc., VI u. VII.

gewandten Mengen von Papier und Arbeit nicht lohnt, so lange keine Einmütigkeit in der Wertschätzung der belastenden Faktoren besteht und genaue Kontrollstatistiken an Geistesgesunden mangeln. Die künftige Erbllichkeitsforschung muß die Richtung nehmen, die in ihren Hauptpunkten schon lange¹⁾ abgesteckt ist und die ich aufs neue wieder präzisieren möchte:

1. Wir brauchen eine auf der Grundlage der Ahnentafel basierende psychiatrische Familienforschung, die die psychischen Gesundheitsverhältnisse eines Geschlechts über eine Reihe von Generationen hin überschaut.

2. Zur Untersuchung geeignet erscheint nur eine leicht übersehbare, wenig fluktuierende Bevölkerung einer umschriebenen medizinalpolitischen Einheit (Stadt, Kreis, Provinz).²⁾

3. Als Quellen sollen benutzt werden die Aufnahme-listen der zuständigen Irrenanstalten, die Kirchenbücher und die Register der Standesämter, die unentbehrliche Mitarbeit der Hausärzte nicht zu vergessen.

Diese Modifikation der Individualstatistik verspricht: einmal durch den Vergleich der Gesamtsumme der Mitglieder einer Familie mit der Häufigkeit der Wiederkehr des Familiennamens in den Irrenanstalten die allgemeine Vererbungsintensität festzulegen, dann durch das Studium des genauen verwandtschaftlichen Verhältnisses der Träger der pathologischen Erbmasse die speziellen Erbllichkeitsgesetze zu ergründen und endlich durch Betrachtung der äußeren Lebensschicksale der untersuchten Familien eine saubere Scheidung zwischen der exogenen und endogenen Komponente einer psychischen Erkrankung zu treffen.

Wie dann unsere Vererbungsanschauungen sich gestalten werden, läßt sich heute noch nicht mit Bestimmtheit sagen. Ich neige der tröstlichen Annahme des Historikers³⁾ zu, daß uns keine Stammtafel von vielfältiger Verzweigung bekannt werden wird, auf der psychopathische Fälle anders wie als Ausnahmen vorkommen.

¹⁾ Vgl. *Bollinger*, Über Vererbung von Krankheiten, Stuttgart 1882. — *Schallmayer*, Über die drohende körperl. Entartung etc., Berlin u. Neuwied 1891.

²⁾ Vgl. *Riffel*, Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs, Frankfurt 1901.

³⁾ Vgl. *Lorenz*, l. c. Seite 445.

Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen.

I. Ihre Entwicklung und Einrichtungen.

Von

Dr. Meltzer, Anstaltsarzt in Großenhennersdorf.

Während die Irrenfürsorge in Deutschland von jeher und größtenteils in den Händen des Staates gelegen hat, war es mit der Fürsorge für die Schwachsinnigen umgekehrt. Noch jetzt gibt es in Deutschland nur wenige staatliche Schwachsinnigenanstalten; sie sind meist entweder Privat-Unternehmen oder durch Humanitätsbestrebungen Einzelner entstandene Gründungen, die mehr oder weniger von privater Wohltätigkeit abhängen. Im Königreich Sachsen erkannte man schon im Jahre 1846 die Notwendigkeit einer staatlichen Fürsorge auch für diese Art Geistes- kranke bez. Geistesschwache. Es wurden damals neun Knaben in eine neugebildete Abteilung der vereinigten Hubertusbürger Landesirrenanstalten mit dem Ziele aufgenommen, sie möglichst zur Erwerbsfähigkeit heranzubilden. Bis zum Jahre 1852, in dem diese Versuchsabteilung als Erziehungsanstalt für „blödsinnige“ Kinder, sanktioniert wurde, kamen noch achtzehn Knaben hinzu. Im Jahre 1857 wurde ihr auch die Befugnis erteilt, Kinder weiblichen Geschlechtes aufzunehmen. Für alle diese Kinder war der Nachweis ihrer Bildungsfähigkeit durch Zeugnis des Bezirksarztes zu erbringen. Diejenigen, die sich in der Erziehungsanstalt als nicht bildungsfähig erwiesen und die aus dem Lande direkt zugeführten gänzlich blöden Kinder wurden in einer besonderen Kinderstation des Irrenversorghauses untergebracht. Die immer wachsende Nachfrage nach Plätzen in der zuletzt je dreißig Knaben und Mädchen beherbergenden Erziehungsanstalt,

bei der Unmöglichkeit, diese innerhalb der auch expansionsbedürftigen Irrenanstalten zu erweitern, veranlaßte die Staatsregierung am 1. Mai 1889, die bisherige Waisen-Erziehungs- und Besserungsanstalt Großhennersdorf bei Herrnhut (Regierungsbezirk Bautzen) als Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben, die bisherige Gefangenenanstalt Nossen (Regierungsbezirk Dresden) für schwachsinnige Mädchen einzurichten. Mit den bildungsfähigen Schwachsinnigen wurden auch die bildungsunfähigen dorthin versetzt. Die Verpflegung dieser meist unruhigen schreienden und lärmenden Idioten mit den erziehungs- und bildungsfähigen Elementen gemeinsam in demselben Hause, ja auf demselben Flure, — die Anstalt Großhennersdorf ist ein vierstöckiges, 62 m langes Gebäude, die Anstalt Nossen ein altes Schloß —, brachte naturgemäß viele Störungen mit sich; Mitte der neunziger Jahre war auch schon wieder Platzmangel in beiden Anstalten vorhanden, der dazu zwang, zu Gunsten der bildungsfähigen Zöglinge die bildungsunfähigen schon nach 1—2jähriger Verpflegung nach Haus zu entlassen, ein Zustand, der im Lande vielfach drückend empfunden wurde. Man richtete daher in Hubertusburg, dessen Irrenanstalten unterdessen durch Neugründungen entlastet waren, wieder eine Abteilung für diese blöden Kinder ein. Seit 1901 ist jedoch auch diese Hilfsabteilung der Erziehungsanstalten wieder so voll besetzt, (zur Zeit 53 Mädchen und 45 Knaben) daß die Kinder, die das 14. Lebensjahr erreicht haben, sofern sie nicht in der Pfleganstalt untergebracht werden müssen, zu entlassen sind.

Die Großhennersdorfer Erziehungsanstalt für Knaben hat in den letzten Jahren einen Durchschnittsbestand von 250 Knaben bei einer jährlichen Aufnahmeziffer von ca. 50 gehabt; in der Nossener Anstalt ist das Verhältnis 175:30. Vom Tage ihrer Einrichtung an bis Ende 1903 sind in ersterer 991 männliche, in Nossen 691 weibliche Zöglinge verpflegt worden. Die jetzige Bestands- und Aufnahmeziffer würde in beiden Anstalten eine viel höhere sein, wenn nicht seit einigen Jahren aus Platzmangel alle diejenigen Aufnahmeanträge abgelehnt worden wären, bei denen schon aus dem beigegebenen ärztlichen Zeugnis hervorging, daß das Kind voraussichtlich bildungsunfähig war und daher keinen Nutzen von den spezifischen Einrichtungen und Methoden der

Erziehungsanstalt gehabt haben würde. Auch werden vorläufig Aufnahmeanträge aus größeren Städten, in denen Hilfsschulen und Nachhilfeklassen für Schwachbegabte existieren, abgelehnt, um Platz für die aus kleineren Städten und vom Lande kommenden bildungsfähigen Kinder, die mangels jeder Erziehung verblöden würden, zu behalten. Dieser Notstand hat schon vor Jahren das Projekt einer Erweiterung und Zusammenlegung der beiden Anstalten reifen lassen. Im Zentrum des Landes, nahe der Fabrikstadt Chemnitz, in Altendorf-Chemnitz, befindet sich jetzt die künftige Landeserziehungsanstalt im Bau und wird voraussichtlich im Herbst 1905 ihrer Bestimmung übergeben werden.

Bevor die jetzigen sächsischen Erziehungsanstalten aufhören, ihrem Zwecke zu dienen, ist es wert, einmal über ihre Einrichtungen und Erziehungsprinzipien¹⁾ zu referieren, zumal über sie nie ein Wort in rein ärztliche Fachzeitschriften gedrungen ist und sich neuerdings doch bei Schul-Ärzten und besonders Psychiatern ein Interesse für das Gebiet des Schwachsinnns bemerklich macht, das bis jetzt in der Hauptsache von Pädagogen bearbeitet worden ist. Auch in den Jahres-Berichten des Landes-Medizinal-Kollegiums, die ausführlich über die Tätigkeit der staatlichen Irrenanstalten referieren, sind, was die Schwachsinnnsanstalten betrifft, immer nur kurze Auszüge der über die körperlichen Krankheiten gemachten Statistiken erschienen, so daß selbst die meisten Psychiater des Landes kaum eine Anschauung von dem haben können, was sie für Krankenmaterial bergen, und was in denselben eigentlich getrieben wird. Das einzige, was bisher veröffentlicht wurde, ist ein längerer Aufsatz in der „Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer“ 1898 No. 4—8 „Aus der Praxis der Vorschule“ von *Gustav Nitzsche*, Oberlehrer an der Landesanstalt Großhennersdorf. Diese auch im Sonderabdruck erschienene Arbeit ist besonders geeignet dem Hilfsschularzt und dem in eine Schwachsinnigenanstalt eintretenden Arzt, wie jedem, der sich für das Gebiet interessiert, eine Einsicht in die Bestrebungen der sog. Heilpädagogik zu gewähren; für den angehenden Schwachsinnigenlehrer und das Personal, welches zur

¹⁾ Siehe nächstes Heft d. Allgem. Zeitschr. f. Psych.

Unterrichtserteilung mit herangezogen werden muß, sind die selbst skizzierten Lehrgänge ein täglich nötiges Vademecum.

Die beiden Schwachsinnigenanstalten mit ihrer Hilfsabteilung in Hubertusburg unterstehen wie sämtliche Irren-Heil- und Pflegeanstalten, Blinden-, Erziehungs-, Korrekptions- und Gefangenen-Anstalten in Sachsen einer Abteilung des Ministeriums des Innern. Die Direktion derselben ruhte seit 1890 in den Händen des als Blindenlehrer bekannt gewordenen Hofrat *Büttner*, der zugleich Direktor der Dresdener Blindenanstalt und ihrer Hilfsabteilungen in Moritzburg und Königswartha war. Nach seinem Tode im Jahre 1898 übertrug das Ministerium die Leitung der Anstalten interimistisch dem bisher dirigierenden Oberlehrer an denselben unter Verleihung des Titels „Oberinspektor“. Diese werden die Direktionsgeschäfte bis zur Inbetriebsetzung der neuen Anstalt Chemnitz-Altendorf behalten. Ärztlich wird die Nossener Anstalt von einem in der Stadt Nossen praktizierenden Arzte versorgt. Er ist im Nebenamt angestellt, während der Arzt an der ca. 100 Köpfe größeren Anstalt Großhennersdorf im Hauptamte tätig ist. Die letztere bildet seit 1891 einen selbständigen Medizinalbezirk. Der Großhennersdorfer Arzt muß daher staatsärztlich geprüft sein. Als Anstaltsbezirksarzt untersteht er dem Kreishauptmann (Regierungspräsident), als Anstaltsarzt der Anstaltsdirektion. Privatpraxis darf er nur soweit betreiben, als dadurch der Anstaltsdienst nicht beeinträchtigt wird. Mit der eigentlichen Verwaltung der Anstalt hat er nichts zu tun, dagegen hat er in allen Zweigen derselben, die mit dem Gesundheitszustand in ihr zusammenhängen, ihrem Vorstand anregend helfend oder beratend beizugehen, in Zweifelsfällen auch die von ihm selbst für nötig gehaltenen, keinen Verzug leidenden Maßnahmen durch die Direktion ausführen zu lassen. Er hat, wie es in seiner Instruktion heißt, sein Augenmerk auf die Herstellung und Erhaltung der Reinlichkeit, gehöriger Lüftung und angemessener Temperatur in den Räumen der Anstalt, auf die Beköstigung, Bekleidung, die Lagerstätten der Zöglinge, die Reinigung derselben und deren Bewegung im Freien, die Badeeinrichtungen und die Beschäftigung der Zöglinge zu richten; ferner hat er sich aller vorgeschriebenen Untersuchungen der Zöglinge bei der Einlieferung und Entlassung, der

ärztlichen Behandlung der Zöglinge sowohl wie der Beamten und Bediensteten, endlich aller einschlagenden Begutachtungen und der Bearbeitung der der Medizinalstatistik dienenden Listen zu unterziehen. Seine Hauptbeschäftigung besteht in der Behandlung der bei einer so großen Zahl körperlich dürrtiger und widerstandsfähiger Kinder immer reichlich vorhandenen akuten und chronischen Kranken auf der hierzu bestimmten Abteilung. In der hiesigen Anstalt waren im Jahre 1903 eingebettet 183 Knaben mit 3427 Krankheitstagen; daneben wegen kleinerer Leiden nur am Tage auf der Krankenabteilung als sogenannte Revierkranke: 249. Außerdem kommen täglich 10—50 Knaben in die Verbindestunde; es werden da kleine Schnittwunden, Schrunden, ekzematöse Stellen in geeigneter Weise verbunden, die chronisch Ohrenkranken, die Zahnkranken etc. etc. behandelt. Es handelt sich da vielfach nur um rechte Kleinigkeiten, die zur Not auch einmal ein geübter und erfahrener Krankenpfleger allein besorgen kann. Für gewöhnlich ist auch hier die ärztliche Beobachtung und Hilfe notwendig. Ergeben sich doch oft aus solchen kleinen Leiden Fingerzeige für die Behandlung der Gesamtkonstitution. Der Arzt an einer Schwachsinnigenanstalt möchte so universell wie möglich ausgebildet sein, vor allem aber spezialistische Kenntnisse in der Augen-, Ohren-, Nasen-, Rachenheilkunde besitzen. Die Mehrzahl der Kinder ist skrofulös und rachitisch; chronische Nasenkatarrhe, vergrößerte Tonsillen, Rachenvegetationen sind bei ca. 75% festzustellen. Daneben muß er etwas Orthopäd, Chirurg, Neurolog sein; eine beträchtliche Zahl der Kinder ist gelähmt (besonders durch cerebr. Kinderlähmung und Little'sche Lähmung), durch Lähmungen oder Mißwachs verkrüppelt.

In der amerikanischen Anstalt Elroge (Pennsylvanien) hat man in Rücksicht auf diese Verhältnisse für jedes Spezialfach einen spezialärztlichen Konsulenten aus Philadelphia bestellt, trotzdem ein ärztlicher Direktor und zwei Ärzte an ihr tätig sind. (s. Verf.s Referat Neurol.-Zentralbl. 1903 No. 21 S. 1021.)

Es erübrigt an dieser Stelle nur kurz zu erwähnen, daß diesem großen praktischen Tätigkeitsfelde des Arztes in der Schwachsinnigenanstalt ein ebenso reiches wissenschaftliches Gebiet gegenübersteht, das sehr der Bebauung harret. Das Schwachsinnigen-

material ist anthropologisch wie psychologisch in höchstem Maße interessant; freilich bedarf es zu solchen Arbeiten immer einer reichlichen Ausstattung an einschlagenden Werken und Apparaten, deren Kosten bei Neuerrichtung von Anstalten nicht gescheut werden dürfen.

Über seine anstalts- und schulärztliche Tätigkeit sowie über die in hygienischer Hinsicht wichtigen Vorkommnisse hat der Anstaltsarzt jährlich dem Ministerium einen Bericht zu unterbreiten, desgleichen der Kreishauptmannschaft einen solchen über seine bezirksärztliche Tätigkeit in dem Medizinalbezirk der Anstalt.

Seine ärztliche Tätigkeit wird durch das Landesmedizinalkollegium kontrolliert.

Verf., der seit drei Jahren an der Anstalt Großhennersdorf arbeitet, ist psychiatrisch vorgebildet. Die bisherigen Ärzte waren es nicht. Psychiatrische Kenntnisse sind aber selbstverständlich für den Arzt jeder Schwachsinnigenanstalt unbedingt erforderlich.¹⁾

An hiesiger Anstalt sind sechs seminaristisch gebildete Lehrer, in Nossen drei Lehrer und eine Lehrerin angestellt. Jeder derselben erteilt in einer Schul- und in einer Vorschulklasse Unterricht. Damit er die Individualität jedes einzelnen seiner schwachsinnigen Schüler recht kennen lernt, behält er diejenigen, die fortrücken, auch in den folgenden Schuljahren bis zum Aufrücken in die erste Klasse bei. Für den Schwachsinnigenlehrer ist dieser jährliche Wechsel des Lehrstoffs, der bei den mangelhaften Anlagen der Kinder naturgemäß nur ein kleines Gebiet umfassen kann und daher mit der Zeit ermüdend wirkt, hygienisch notwendig. Den Lehrern liegt außer dem Schulunterricht (wöchentlich: Durchschnitt 24 Stunden inkl. Turn-, Spiel- und Zeichenstunden) der wochenweise wechselnde Tagesdienst in der Anstalt, d. h. die Beaufsichtigung des Personals, die Wahrung der Ordnung, Abhaltung der Morgen- und Abendandacht etc., und die Führung der Personalbogen ob. Über jeden Zögling wird ein solcher gleich nach seiner Aufnahme ausgestellt; er enthält den

¹⁾ Es ist absichtlich an dieser Stelle etwas ausführlicher, als es in einer ärztlichen Fachschrift an sich nötig wäre, über die ärztliche Tätigkeit an hiesiger Anstalt berichtet worden, weil wenigstens in vielen Schwachsinnigenanstalten Deutschlands an eine zweckentsprechende ärztliche Versorgung noch garnicht gedacht wird.

körperlichen und einen kurzen psychischen Befund, den der Arzt möglichst bald nach der Aufnahme gemacht hat, dann einen pädagogischen Aufnahmebefund und endlich die halbjährlichen oder bei Gelegenheit auch außer der Zeit stattfindenden Eintragungen über die geistige Entwicklung des Kindes seitens der Klassenlehrer und Pfleger oder Pflegerinnen. Es werden halbjährlich auch Zensuren gegeben, mehr um den Wünschen der Eltern, die auf diese Äußerlichkeit meist großen Wert legen, zu genügen als um darin einen Maßstab der Fortschritte zu haben. Lassen sich diese bei Schwachsinnigen doch nur selten in kurze Urteile, geschweige denn in Zahlen fassen.

Die Zahl der Lehrer an den Anstalten ist eigentlich immer noch zu gering, so daß manche Unterrichtsstunde in den zwölf Klassen von nicht pädagogisch geschultem Personal gegeben werden müssen. Doch verbietet sich eine höhere Zahl von Lehrern aus staatsökonomischen Gründen; andererseits gibt es unter dem Pflegepersonal eine ganze Reihe früherer Kindergärtnerinnen, oder solcher Personen, die sich nach gehöriger Unterweisung durchaus zur Erteilung auch solcher Unterrichtsstunden eignen. Die meisten Handarbeits- und Beschäftigungsstunden liegen in den Händen des Abteilungspflegers bez. der -pflegerin.

Dieses Pflegepersonal der sächsischen Schwachsinnigenanstalten bekommt wie das der Irrenanstalten eine halbjährige Ausbildung in den Pflegerhäusern zu Hochweitzschen und Hubertusburg (Pflegerinnen). Nach zweijähriger Probepflichtzeit in einer Landesanstalt erhält es Staatsdienereigenschaft. Diese Momente bedingen ein im allgemeinen recht taugliches und wenig fluktuierendes Personal. Dies ist natürlich auch für die Schwachsinnigenanstalten von großer Wichtigkeit. Die verschiedenen Abteilungen bez. Klassen der jüngeren Kinder sind Pflegerinnen unterstellt, diejenigen der älteren Knaben Pflegern. Die Verwendung weiblichen Personals auch in der Erziehungsanstalt für Knaben seit 1890 hat sich, wie von vornherein zu erwarten, durchaus bewährt. Das weibliche Element ist bei der Erziehung geduldiger, in den Anforderungen genügsamer, mit kleinen Erfolgen zufriedener; es kann sich mehr in das Seelenleben des Kindes vertiefen. Das von der leiblichen Mutter getrennte Kind

schließt sich rascher einer weiblichen Person an; die Pflegerin ersetzt dem Kinde gar bald die Mutter und geht in den Interessen ihrer Abteilungskinder oft völlig auf. Das kann beim Pfleger nie in dem Maße der Fall sein, da seine Interessen sich naturgemäß zwischen Dienst und seiner eigenen im Orte wohnenden Familie teilen. Bei den älteren Knaben dagegen ist wegen der geschlechtlichen Entwicklung und Unarten, wegen der größeren Wildheit und der Beschäftigung der Umgang mit männlichem Personal unbedingt besser.

Was nun die schwachsinnigen Zöglinge selbst anbetrifft, so interessieren allgemeiner zunächst einige Punkte im Aufnahme-regulativ. Ausgeschlossen von der Aufnahme sind Kinder

1. sofern sie tuberkulös oder syphilitisch sind,
2. wenn sie epileptisch sind und als solche in einer Anstalt für Epileptische Aufnahme finden können,
3. sofern sie blind, taubstumm oder sonst mit einem schweren Gebrechen behaftet sind, es sei denn, daß sie der Pflege in einer Anstalt bedürfen und in keiner anderen Anstalt untergebracht werden können,
4. sofern sie jünger als fünf Jahre sind,
5. wenn sie wegen vorgeschrittener Entwicklung sich nicht mehr für die Anstalt eignen;
6. wenn bei ihnen auf Grund ihres Vorlebens anzunehmen ist, daß sie in der Anstalt eine sittliche Gefahr für andere Zöglinge bedeuten würden.

Die letzteren werden zweckmäßiger in der Landesanstalt für geistlich gefährdete Kinder in Bräunsdorf b. Freiberg untergebracht. Für die blinden Schwachsinnigen gibt es in Königswartha i. S. eine besondere Abteilung, die der dortigen Blindenhilfsanstalt angeschlossen ist. Leicht schwachsinnige taubstumme, verkrüppelte und epileptische Kinder werden meist Aufnahme und entsprechende Erziehung in den sächsischen Taubstummen-, Epileptischen- und Irrenanstalten finden. Die in höherem Grade schwachsinnigen oder ganz verblödeten mit solchen Gebrechen werden dagegen in den Erziehungsanstalten oder ihrer Hilfsabteilung in Bautzen aufgenommen. So ist für alle Kategorien von Schwachsinnigen staatlich durch geeignete Anstalten gesorgt.

Diejenigen, die ein Kind in eine Schwachsinnigenanstalt bringen wollen, haben, damit Mißgriffe und Weitläufigkeiten vermieden werden, stets die Vermittlung der Behörde ihres Aufenthaltsortes nachzusuchen. Diese richtet den Aufnahmeantrag an die Anstaltsdirektion. Diesem muß stets ein auf persönlicher Untersuchung beruhendes von einem in Deutschland approb. Arzte ausgestelltes Formulargutachten beigelegt werden, ferner die Zustimmung des Erziehungsberechtigten, deren es nicht benötigt, wenn die Zwangserziehung angeordnet ist oder ein fürsorgepflichtiger Armenverband die Aufnahme beantragt hat, weiter eine Verbindlichkeitserklärung wegen Übernahme der Kosten, eine Bescheinigung der Staatsangehörigkeit sowie des Unterstützungswohnsitzes oder der Landarmeneigenschaft, das Taufzeugnis und der Nachweis der Impfung bzw. auch der Wiederimpfung und eine eingehende Darstellung der Erziehung, Schulbildung, der geistigen und sittlichen Entwicklung.

Der gewöhnliche Verpflegsatz beträgt zurzeit täglich 1,25 M.; Ortsarmenverbände des Königr. Sachsens bezahlen dagegen für die von ihnen untergebrachten Kinder nur 50 Pf. täglich. Das Ministerium des Innern kann alle diese Verpflegsätze ermäßigen. — Bei der Zuführung ist stets eine Bescheinigung der Ortsobrigkeit darüber mitzubringen, daß seit sechs Wochen in der Familie des unterzubringenden Zöglings und in der nächsten Umgebung keine ansteckende Krankheit wahrzunehmen gewesen ist. Man will durch diese Maßregel die Anstaltsinsassen möglichst vor Einschleppung von Seuchen, besonders aber der Kinderkrankheiten, die sonst in solchen Anstalten nicht erlöschen würden, schützen. Der Schutz, den diese Maßregel bietet, ist begreiflicherweise kein genügender. Es kommen doch einmal Einschleppungen von Krankheiten vor, denn die Ortsobrigkeit kann entweder nicht richtig informiert sein, oder den Begriff „der nächsten Umgebung“ nach subjektivem Ermessen sehr eng fassen, ganz abgesehen noch von Zufälligkeiten, die ihr das Bestehen von Epidemien, vor allem deren Anfang oder Ende verschleiern können. Von Nutzen würde in dieser Hinsicht deswegen eine Quarantänezeit von mindestens zwei Wochen sein, die jedes neu aufgenommene Kind in der Krankenabteilung zu verbringen hätte. In dieser Zeit würde es zugleich auf seine körperlichen und geisti-

gen Eigentümlichkeiten und in seinem Verkehr mit den andern gerade kranken Kindern ärztlich beobachtet werden können. Erkrankt es in dieser Zeit an einer ansteckenden Krankheit, so ist eine weitere Isolierung von der Krankenabteilung aus natürlich viel rascher und vollständiger möglich, als wenn es schon einer bestimmten Klasse zugewiesen war. In Großhennersdorf wie in Nossen liegen die Krankenabteilungen so ungünstig, daß eine derartige Quarantäne, wie sie z. B. auch in der amerikanischen Anstalt Elwyn (Pennsylv.) eingeführt ist, keinen Zweck haben würde. In der neuen Anstalt Chemnitz-Altendorf wird man dagegen ein von den Schul- und Wohngebäuden getrenntes Krankenhaus und Isolierhaus haben.

Jedes Kind wird sofort nach der Aufnahme gebadet und, was für die Anstaltshygiene sehr wichtig ist, die Kleidungs- und Wäschestücke, in denen die Aufzunehmenden in die Anstalt gebracht werden, gelangen nach erfolgter Aufnahme sofort an die Angehörigen oder Behörden zurück. Nur ausnahmsweise dürfen Zöglinge im Gebrauche mitgebrachter Kleidungsstücke gelassen und während ihres Aufenthaltes in der Anstalt ferner von ihren Angehörigen mit Bekleidung versehen werden. Die Zöglinge der bei beiden Anstalten bestehenden Pensionsabteilung für Bemittelte erhalten Kleidung und Leibwäsche nicht von der Anstalt. Sie nehmen am Unterricht und an der Beschäftigung der übrigen Zöglinge teil, erhalten aber besondere Wartung und Pflege, bevorzugte Wohnung und Kost. Gezahlt wird für Pensionäre 2 M., für Ausländer 4 M. täglich, überdies ein Berechnungsgeld von 120 M. jährlich.

Jeder Zögling bekommt von der Anstalt drei vollständige Anzüge, bestehend aus Jacke, Beinkleid, Weste, Stiefel, dazu noch zwei Extrahosen und eine Extrajacke; im Sommer werden statt der Jacken meist Leinenblusen getragen; für jeden sind drei vorhanden. Die Bettwäsche wird jeden Monat gewechselt, die Leibwäsche alle acht Tage; bei den Unreinlichen natürlich nach Bedarf. Jeder Abteilungspfleger bekommt noch reichlich Reservekleidungsstücke und -Wäsche jede Woche zugeteilt, um denen, die sich weniger sauber halten oder infolge der Arbeit mehr bedürfen, auszuhelfen. Die größeren Zöglinge erhalten wöchentlich ein Reinigungsbad, die kleineren zwei, die Unreinlichen nach

Bedarf mehr. Außer der Frühwaschung findet noch sowohl vor der Mittags- als vor der Abendmahlzeit eine Waschung des Gesichts und der Hände statt; nach diesen beiden Mahlzeiten wird der Mund gespült und die Zähne geputzt.

Beköstigt werden die Zöglinge auf folgende Weise: Pro Person früh ca. $\frac{1}{2}$ l Milch mit Semmel, mittags fünfmal wöchentlich durchschnittlich 100 g Kochfleisch und $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ l Gemüse; einmal wöchentlich mittags 250 g Braten mit Kartoffeln, Salat oder Kompott, einmal wöchentlich mittags eine Milch- oder Mehlspeise, abends $\frac{3}{4}$ l Suppe oder Obst, Wurst, Fisch, Quark, Käse; nachmittags $\frac{1}{2}$ l Milchkaffee. Zum Vesperkaffee wie zur Frühstückszeit am Vormittag wird Butterbrot gegessen; es kann bis zu 500 g Brot täglich verabreicht werden; Butter 125 g wöchentlich. — Die Epileptischen unter den Zöglingen erhalten seit zwei bis drei Jahren kein Fleisch mehr, dafür eine eiweißreiche durch Milch und Eier aufgebesserte, salzarme Pflanzenkost und kleine Gaben von Brom. Die Zahl der Anfälle ist durch diese Diät sehr wesentlich herabgesetzt worden, ja zum Teil zum Verschwinden gebracht worden. Die Beobachtungszeit erstreckt sich aber zunächst nur auf $1\frac{1}{2}$ Jahr. Unterernährung oder sonstige Nachteile hat man nicht beobachtet.

Der Tagesplan, nach dem sich das Leben in der Anstalt abspielt, ist folgender:

$\frac{1}{2}$ 6 Uhr; Aufstehen, Ankleiden, Waschen.

$\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ 7 Uhr: Erstes Frühstück.

$\frac{3}{4}$ 7 Uhr: Morgenandacht.

$\frac{3}{4}$ 7—8 Uhr: Für einige Abteilungen Bettenmachen, Schlafsaalreinigen; für einige Abteilungen Haus- oder Küchenarbeit; für einige Abteilungen (kl. Zögl.) freies Spiel.

8— $\frac{3}{4}$ 9 Uhr: Schul- oder Handfertigkeitsunterricht; hierüber s. II. Teil im nächsten Heft: „Die Erziehungsgrundsätze in der Landesanstalt Großhennersdorf.“

$\frac{3}{4}$ 9— $\frac{1}{2}$ 10 Uhr: Zweites Frühstück.

$\frac{1}{2}$ 10— $\frac{1}{4}$ 12 Uhr: Schul- oder Handfertigkeitsunterricht.

$\frac{1}{4}$ 12— $\frac{3}{4}$ 12 Uhr: Reinigung; Freizeit.

$\frac{3}{4}$ 12— $\frac{1}{4}$ 1 Uhr: Mittagessen.

$\frac{1}{4}$ 1—1 Uhr: Freizeit; für einige Abteil. Küchenaufwascharbeit.

1—2 Uhr: Spaziergang; bei schlechtem Wetter: Turnfreibungen; Freizeit.

2—4 Uhr: Schul- oder Handfertigkeitenunterricht.

4— $\frac{1}{2}$ 5 Uhr: Vesper.

$\frac{1}{2}$ 5—6 Uhr: Arbeit für die älteren Zöglinge; für die jüngeren Spaziergang oder Unterhaltungs- oder Spielstunde.

6— $\frac{1}{2}$ 7 Uhr: Reinigung; Freizeit.

$\frac{1}{2}$ 7—7 Uhr: Abendessen.

7— $\frac{1}{2}$ 8 Uhr: Freizeit.

$\frac{1}{2}$ 8 Uhr: Abendandacht.

$\frac{3}{4}$ 8 Uhr: Schlafengehen.

Diejenigen Kinder, die nachts einnässen, werden $1\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Zubettgehen noch einmal geweckt und abgeführt. Sie bekommen abends keine flüssige Kost. Diejenigen kleinen Zöglinge, die trotzdem noch nachts sich verunreinigen, werden in Unterlagstoffe eingebunden. Die größeren Zöglinge liegen auf Torfmull, eine Lagerungsmethode, die nicht schön aussieht, aber dafür den Vorteil hat, daß keine Matratzen verdorben werden und absolut kein Geruch entsteht. Der Urin versickert sofort in den Torfmull; die Haut wird nur in geringstem Umfang und vorübergehend benäßt. Am nächsten Morgen wird der beschmutzte Teil der Torfmulls ausgestochen und durch neuen ersetzt. Der Torfmull ist ein warmes Lager; er reizt die Haut nicht. Furunkulose oder Ekceme, die bei den meist skrofulösen Kindern sonst so häufig beobachtet werden, kommen bei den Bettnässern, die auf Torfmull¹⁾ liegen, nicht häufiger als bei anderen vor.

Am Sonntag verändert sich obiger Tagesplan insofern, als für die Unterrichts- und Arbeitsstunden Freizeit oder Spiel oder Spaziergang angesetzt ist. Jeden vierten Sonntag hält der Ortsgeistliche vormittags Hausandacht ab; die übrigen Sonntage besorgt dies der diensthabende Lehrer. Der Ortsgeistliche, der vom Ministerium nebenamtlich angestellt ist, gibt auch denjenigen Zöglingen, die konfirmationsfähig sind, die Vorbereitungsstunden

¹⁾ Es eignet sich hierzu nur bester (65% Trockengehalt) Torfmull; die hiesige Anstalt bezieht solchen von der Norddeutschen Torfmoorgesellschaft in Triangel i. Westfalen (1 Lowry, 10000 kg, I. Ware = 200 M.

für die Konfirmation. Er führt außerdem über das Pflegepersonal männliches und weibliches, eine Art Patronat; d. h. er ist in persönlichen Angelegenheiten ihr Berater, vermittelt, wenn nötig, zwischen ihm und dem Leiter des Pfleger(-innen)hauses und erteilt ihm wöchentlich behufs geistiger Anregung Unterhaltungs- oder Belehrungsstunden.

Mit Schularbeiten werden die Zöglinge nicht geplagt; in den Freizeiten können sie sich also nach Belieben tummeln oder mit ihrem Spielzeug beschäftigen, das gewöhnlich zu Weihnachten oder zum Schulfest erneuert bzw. ersetzt wird. Der Geburtstag jedes einzelnen wird durch eine kleine Kostzugabe gefeiert. Zur Zeit der großen kirchlichen Feste sind acht bis zehn Tage, im Hochsommer überdies vier Wochen Ferien, in denen eine Beurlaubung ins Elternhaus statthaft ist. In den Herbstferien, die immer in die Zeit der Kartoffelernte gelegt werden, beteiligen sich alle größeren Schulkinder zu ihrem eigenen größten Vergnügen am Kartoffelausmachen. Besuch der Eltern oder Angehörigen bei ihren hier untergebrachten Kindern ist jederzeit erlaubt. Damit die kleinen Schwachsinnigen ihre Angehörigen nicht ganz vergessen, sind deren Photographien in den Wohnzimmern derartig angebracht, daß die Kinder oft an dieselben erinnert werden. Züchtigungen finden nie oder nur ganz selten statt. Alle diejenigen, die im Aufregungszustande handeln, werden zur Krankenabteilung gebracht und, wenn nötig, eingebettet. Eine Zelle gibt es nicht; ebensowenig vergitterte Fenster; Drahtfenster nur dort, wo sich die kleinen Idioten aufhalten. Die Anstalt ist eine durchaus offene. Haus, Hof und Garten sind auch nach außen nicht verschlossen. Entweichungen kommen trotzdem fast gar nicht vor (in den letzten sechs Jahren keine). In Nossen liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung etwas anders. Die Lage des Schlosses auf steiler Anhöhe, die Verwendung eines Teiles des Schlosses als Amtsgericht macht hier natürlich gewisse Abschlüsse nach außen nötig. Die Kinder gewöhnen sich meist sehr rasch in das Anstaltsleben ein; nur selten wird länger als wenige Stunden anhaltendes Heimweh beobachtet und auch dies nur, wenn die Eltern sie zur Aufnahme hierher bringen. Aus den Ferien hat man die Kinder immer nur gern zurückkehren sehen,

woraus wohl geschlossen werden darf, daß selbst diejenigen, die den denkbar günstigsten Familienverhältnissen entstammen, das Familienleben nicht ernstlich vermissen. Bei den weitaus meisten Kindern hat das Anstaltsleben vor dem Familienleben ganz erhebliche Vorteile. Denn die meisten Kinder entstammen ärmlichen Verhältnissen; die Eltern sind vielfach geistig minderwertige Menschen (25%), oder Alkoholiker (20%), die ihre Kinder verwahrlosen lassen; in anderem Falle müssen sie auf Arbeit gehen und die Kinder unbeaufsichtigt oder der mangelhaften Aufsicht älterer Geschwister übergeben. Die Ernährung ist meist eine schlechte. Zeit sich mit dem immer mehr zurückbleibenden Kinde abzugeben, hat meist niemand. Auch die Schulen können sich auf die Dauer nicht mit dem schwachsinnigen Kinde befassen; es wird also entlassen und ist nun auch in der Zeit der Schulstunden unbeaufsichtigt; es treibt sich auf den Straßen herum, fängt an zu betteln, zu vagabondieren, kurz es verkümmert geistig und körperlich. Es ist klar, daß unter solchen Umständen das Anstaltsleben, selbst wenn man von seiner unterrichtlichen Seite hier ganz absieht, schon allein durch seine Regelmäßigkeit, durch die günstigen Lebensbedingungen usw. erzieherisch wirkt. Vielfach kommen die Kinder erst mit ihrem Eintritt in die Anstalt in ein menschenwürdiges Dasein.

Mit dem Austritt aus der Anstalt hört leider für viele das glückliche sorgenfreie Leben wieder auf, trotzdem die Anstalt auch dann noch ihnen einen gewissen Schutz und Unterstützung gewährt. Wenn der Zögling diejenige Ausbildung erlangt hat, zu der er vermöge seiner Beanlagung fähig ist, oder wenn er nach seinem Alter und seiner körperlichen Entwicklung der Anstalt entwachsen ist, oder die Entlassung von dem Erziehungsberechtigten beantragt und diese von der Anstaltsdirektion für unbedenklich erachtet wird (die übrigen mehr verwaltungsrechtlichen Gründe zur Entlassung brauchen hier nicht erwähnt zu werden), so verfügt die Anstaltsdirektion die Entlassung. Dieser kann eine Beurlaubung vorausgehen, „um zu prüfen, ob die in der Anstalt erzielten Ergebnisse der Erziehung und Ausbildung sich auch außerhalb der Anstalt bewähren.“ Diese Beurlaubung darf erst erfolgen, wenn für den Zögling ein geeignetes Unterkommen er-

mittelt worden ist. Die Beurlaubten zählen noch zum Personalbestand der Anstalt; sie bleiben der Überwachung der Anstalt unterstellt und werden mindestens einmal im Jahre vom Anstaltsvorstand besucht. „Mit dem Dienst-, Lehr- oder Arbeitsherrn ist von der Anstalt ein Vertrag abzuschließen. Darin ist unter anderm jenem sorgfältigste Behandlung und Überwachung des Zöglings, ferner halbjährliche Einreichung eines Zeugnisses über sein Verhalten, bei besonderen Vorkommnissen oder grober Ungebührlichkeit desselben sofortige Meldung und für den Fall der Entlassung vorgängige Vernehmung mit der Anstaltsdirektion zur Pflicht zu machen. Auch ist über den Arbeitsverdienst des Zöglings im Vertrage Bestimmung zu treffen und hierbei auf Ablieferung von Ersparnissen an die Anstalt, in eine Gemeindesparkasse oder an eine der von der Anstalt bestellten Vertrauenspersonen Bedacht zu nehmen.“ Bei Beurlaubungen eines Zöglings zu seinen Angehörigen oder Verwandten kann ev. vom Abschluß eines förmlichen Vertrages abgesehen werden. Die Anstaltsdirektion bemüht sich, namentlich auf dem Lande und in kleinen Städten Dienst- und Arbeitsherren ausfindig zu machen, die zur Aufnahme von Zöglingen bereit und zur Fortsetzung des Erziehungswerkes an ihnen geeignet und willig sind; sie steht deswegen fortgesetzt mit Geistlichen, Lehrern, Gemeindebehörden u. a. im Einvernehmen. Der Zögling wird bei seiner Beurlaubung von der Anstalt mit zwei vollständigen Anzügen, dreifacher Leibwäsche und dem erforderlichen Handwerkszeug ausgestattet. Die hierdurch auflaufenden Kosten werden aber nur ausnahmsweise, d. h. wenn die Zahlungspflichtigen sie nicht zu tragen vermögen, aus der „Unterstützungskasse für entlassene Schwachsinnige“ bestritten. Der Beurlaubte kann jederzeit, wenn es die Umstände erfordern, ohne weitere Formalitäten in die Anstalt zurückgenommen werden. Von der Beurlaubung eines Zöglings muß zunächst natürlich dem Zahlungspflichtigen (Angehörige, Armenverbände), dem gesetzlichen Vertreter des Zöglings und dem zukünftigen Arbeitsherrn, dann aber auch einer Vertrauensperson (Pfarrer, Lehrer u. a.) am Urlaubsort oder in dessen Nähe Mitteilung gemacht werden und zwar letzterem mit der Bitte, dem Arbeitgeber bei der weiteren Erziehung und Überwachung der Beurlaubten behilflich zu sein und

die dabei gemachten Wahrnehmungen mindestens halbjährlich der Anstaltsdirektion mitzuteilen. Wenn der Zögling zwei Jahre beurlaubt war und das Urlaubsunterkommen sich für ihn passend erwiesen hat, so wird er entlassen, d. h. vom Personalbestande der Anstalt abgeschrieben. Für diejenigen, die ohne vorgängige Beurlaubung direkt aus der Anstalt entlassen werden, wird in gleicher Weise von der Anstalt auf Kosten der oben erwähnten „Unterstützungskasse“ gesorgt, falls sie dieser Fürsorge bedürftig sind. Es wird dadurch den unterstützungspflichtigen Angehörigen und Armenverbänden manche Sorge abgenommen oder wenigstens erleichtert.

Die Unterstützungskasse für entlassene Schwachsinnige verfügt über einen Fonds von ca. 120 000 M. Außer aus den Zinsen des Kapitals bestehen ihre jährlichen Einkünfte aus einmaligen Beitragszahlungen der 26 Amtshauptmannschaften (Kreise) des Königreichs Sachsen, aus den Einkünften der Anstaltskorbmacherei, -Deckenflechtereier und -Rohweberei, der Anstaltsökonomie (20 Hektar), die der Staat dieser Kasse überlassen hat, endlich aus den Einkünften des seit 1894 von dieser Unterstützungskasse erworbenen Bauerngutes in Großhennersdorf, der sog. Kolonie, deren Felder (30 Hektar) an die der Anstaltsökonomie grenzen. Sie wird von den Beamten der Anstalt unentgeltlich mitverwaltet und von einem besonders angestellten Vogt, dessen Frau, einem Knecht und zwei Mägden bewirtschaftet. Als Hilfskräfte wirken dort 17 entlassene ältere Schwachsinnige. Es sind dies nur solche aus der Anstalt entlassene Schwachsinnige, die wegen ihres hochgradigen geistigen Defektes anderweit nicht untergebracht werden können oder ihren Angehörigen zur Last fallen. Da ihre Arbeitsleistung nur sehr gering zu bewerten ist, so wird für sie ein jährlicher Verpflegsbeitrag von 60—80 Pf. pro Tag erhoben. Dafür werden sie genau wie die Zöglinge der Anstalt beköstigt und bekleidet; sie werden familiär verpflegt und genießen dabei doch die Wohltat eines geordneten Anstaltslebens. Ihre geringe Arbeitsleistung aber wird für die „Unterstützungskasse“ das heißt: für diejenigen nutzbar gemacht, deren Angehörige oder Gemeinden nicht in der Lage sind, in gleicher oder ähnlicher Weise für ihre der Anstalt entlassenen Schwachsinnigen zu sorgen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

XXXIV. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe, am 14. und 15. Nov. 1903.

Anwesend die Herren: *Aumüller*-Klingenmünster, *Barbo*-Pforzheim, *Bayerthal*-Worms, *Becker*-Baden, *Beyer*-Littenweiler, *Böckelmann*-Kork, *Brosius*-Saarbrücken, *Bumcke*-Freiburg, *Damköhler*-Klingenmünster, *Devaux*-Paris, *Ebers*-Baden-Baden, *Eschbacher*-Freiburg, *Eschle*-Sinsheim, *Farrar*-Baltimore, *Feldbausch*-Emmendingen, *Frank*-Münsterlingen, *Friedmann*-Mannheim, *Frölich*-Ettlingen, *Fuchs*-Emmendingen, *Fürer*-Rockenau, *Fürstner*-Straßburg, *Gaupp*-Heidelberg, *Gierlich*-Wiesbaden, *Greiff*-Karlsruhe, *Habermaas*-Stetten, *Hartz*-Karlsruhe, *Hauser*-Karlsruhe, *Hecker*-Wiesbaden, *Hegar*-Illenau, *Heilgenthal*-Baden-Baden, *Hellpach*-Karlsruhe, *Hess*-Stephansfeld, *Hoche*-Freiburg, *Holtzmann*-Pforzheim, *Karrer*-Klingenmünster, *Kemmler*-Weinsberg, *Kratz*-Heppenheim, *Krauss*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Levinger*-Karlsruhe, *Mann*-Mannheim, *Mayer*-Hofheim, *Muthmann*-Basel, *Neumann*-Karlsruhe, *Nissl*-Heidelberg, *Nitka*-Mannheim, *Nitsche*-Heidelberg, *Osswald*-Hofheim, *Paull*-Karlsruhe, *Pfersdorff*-Straßburg, *Raecke*-Frankfurt a. M., *Ransohoff*-Hoerdtt i. E., *Riffel*-Emmendingen, *Römer*-Hirsau, *Römheld*-Heppenheim, *Seeligmann*-Karlsruhe, *Schneider*-Hofheim, *Schüle*-Illenau, *Schultes*-Illenau, *Schultze*-Bonn, *Sommer*-Gießen, *Specht*-Heidelberg, *Stade*-Hub, *Stadelmann*-Würzburg, *Stengel*-Pforzheim, *Stieda*-Heidelberg, *Timann*-Karlsruhe, *Thoma*-Illenau, *Thomsen*-Bonn, *Urstein*-Heidelberg, *Vorster*-Stephansfeld, *Weil*-Stuttgart, *Weygandt*-Würzburg, *Wiedenmann*-Rottenmünster, *Wiehl*-Schussenried, *Wildermuth*-Stuttgart, *Wilmanns*-Heidelberg, *Witte*-Stuttgart, *Wunderlich*-Karlsruhe, *Zoepffel*-Stephansfeld.

I. Sitzung am 14. November, nachmittags 2 $\frac{1}{2}$ Uhr.

Neumann-Karlsruhe eröffnet die Versammlung und teilt mit, daß ihr Fernbleiben entschuldigt, beziehungsweise die Versammlung begrüßt haben die Herren *Aschaffenburg*-Halle, *Bieberbach*-Heppenheim, *Fischer*-Pforzheim, *Hitzig*-Halle, *Ludwig*-Heppenheim, *Tuczek*-Marburg, *Wollenberg*-Tübingen, *Ziehen*-Halle, ferner *Alzheimer*-München, *Fausser*-Stuttgart, *Kräpelin*-München.

Den Vorsitz übernimmt Prof. *Fürstner*-Straßburg. Schriftführer sind *Ranschoff*-Hördt und *Stengel*-Pforzheim. Die Zeit für den einzelnen Vortrag wird auf 15—20 Minuten festgesetzt.

Vor Eintritt in die Verhandlungen spricht Geheimrat *Schüle* seinen Dank für die Glückwünsche aus, die ihm zu seinem 40jährigen Dienstjubiläum durch die Geschäftsführung übermittelt sind.

Die Diskussion über das auf der 31. Versammlung von *Tuczek*-Marburg erstattete Referat: „Geisteskrankheit und Geistesschwäche nach dem bürgerlichen Gesetzbuch“ wird, nach einem schriftlichen Antrag des Referenten, von der Tagesordnung abgesetzt.

1. *Fürstner*-Straßburg: Diagnostische Schwierigkeiten bei der progressiven Paralyse.

Der Vortrag wird in extenso erscheinen. Diskussion: *Kreuser*-Winnenthal begrüßt die Ausführungen des Vortragenden, weil er den Zusammenhang von Unfall und Psychose für geeignet zu einem Referat hält. Bei Paralyse sind die Unfälle, die als Symptom, nicht als Ursache der Erkrankung betrachtet werden müssen, recht häufig und bei genauer Prüfung der Anamnese nicht eben schwer zu erkennen. Laien sind aber stets geneigt, die ätiologische Bedeutung solcher Unfälle zu überschätzen. Die klinische Forschung neigt im Gegensatz hierzu zu einer Auffassung der Paralyse als postsyphilitischer Erkrankung und in konsequenter Durchführung dieser Ansicht sind mir schon Gutachten vorgekommen, die eben aus der Diagnose Paralyse den Schluß ziehen, daß ein etwaiger Unfall dabei ursächlich gar nicht in Betracht kommen kann. Ähnliches ist mir Erinnerung bei einem Fall von Paranoia, einem solchen von Korsakoffscher Psychose, bei denen die konstitutionelle Veranlagung, der Alkohol ursächlich allein herangezogen werden wollten. Bei ihrer praktischen Bedeutung eignen sich diese Fragen gewiß zu einer Erörterung in unserem Kreise.

Nissl-Heidelberg fragt an, ob der Vortragende die Lumbalpunktion zur Differentialdiagnose bei Paralysis progressiva herangezogen habe. In der Heidelberger Klinik seien gute Resultate damit erzielt worden.

Raecke-Frankfurt hat einen Fall beobachtet, wo nach schwerer Comotio cerebri sich vorübergehend ein ganz der Paralyse ähnliches Bild entwickelte mit nur noch spurweise erhaltener Pupillenreaktion. Im Laufe der nächsten Monate stellte sich eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens ein und namentlich besserte sich die Pupillenreaktion. Doch blieb Reizbarkeit, Schwindel, Arbeitsunfähigkeit zurück.

R. bemerkt sodann, daß *Kaplan* sich am Schlusse seiner Arbeit gegen einen Zusammenhang zwischen echter Paralyse und Trauma ausgesprochen hat.

Hoche-Freiburg: Auf Grund eigener Erfahrungen möchte ich den Herren Kollegen die Anwendung der Cytodiagnostik der Cerebrospinalflüssigkeit dringend empfehlen in allen Fällen, bei denen diagnostische Zweifel in der Frage: progressive Paralyse oder nicht, entstehen. Das Thema ist ja für die

Badener Frühjahrsversammlung als Referat bestimmt, und es wäre zu wünschen, daß die Psychiater bei der zu erwartenden Diskussion möglichst reichlich mit tatsächlichem Material aufwarten können.

Fürstner: Was die Lumbalpunktion angeht, so habe ich sie bei den traumatischen Fällen absichtlich nicht versucht, weil es mir nicht absolut sicher ist, ob nicht unangenehme Konsequenzen auftreten können, die gerade bei den traumatischen Fällen für den Arzt fatal sein könnten. Dagegen bin ich durchaus damit einverstanden, daß bei der Paralyse überhaupt diese Punktionen gemacht werden.

Was die Äußerung *Kaplans* angeht, so faßt er wohl alle Fälle zusammen, wenn er meint, daß in 4.4⁰/₁₀ der Fälle eine traumatische Einwirkung bestehe, dagegen ist der Zusammenhang zwischen *Commotio cerebri* und Paralyse weitaus seltener.

2. *Friedmann-Mannheim*: Über neurasthenische Melancholie.

Der Begriff der neurasthenischen Melancholie hat bisher kein Bürgerrecht erworben in der Psychiatrie; aber mit Unrecht, wie *F.* meint. Es ist darunter zweierlei zu verstehen, 1. ein Zustand mit den Symptomen der Neurasthenie, insbesondere Zweifelsucht und Zwangsideen, aber mit dem Verlauf der Psychosen, namentlich der periodischen, 2. ein Zustand mit dem Symptomenbilde einer ausgeprägten Melancholie, aber mit dem Verlauf der typischen Erschöpfungsneurosen, d. h. ganz deutlich hervorgegangen aus heftiger geistiger und gemüthlicher Überreizung und ebenso deutlich und unmittelbar reagierend auf eine sachgemäße ärztliche Behandlung, wodurch eine rasche und entscheidende Besserung oder Heilung meist erzielt wird.

Die Hauptkriterien der Neurasthenie im Gegensatz zu den Psychosen sind doppelter Art: bei der ersteren bleibt die Zurechnungsfähigkeit stets gewahrt und die Affekte entstehen sekundär durch reale Ursachen, nicht primär, wie bei den Psychosen. Dann steht der überreizende und erschöpfende Anlaß in direkter Beziehung zu der Entstehung der Neurasthenie, welche daher auch rein ätiologisch als Nervenüberreizung benannt werden kann. Nun gibt es aber Fälle von nervöser Erschöpfung, wo die Zurechnungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sein kann: entweder kommt es zu melancholischen Wahnideen oder es entsteht durch überwältigende Angst eine wirre Verzweiflung, welche mit starker Selbstmordgefahr verbunden ist, oder drittens, und zwar nur sporadisch vorkommend, wird eine Art förmlicher geistiger Stupidität beobachtet. Trotz dieses schweren Symptomenbildes wird, wie gesagt, meist durch eine Ruhe- oder Anstaltskur ein überraschend schneller Umschlag mit Verschwinden der Wahnideen beobachtet. Ein einschlägiger charakteristischer Fall wurde mitgeteilt, bezüglich weiterer Beweisstücke indessen auf die beabsichtigte Publikation verwiesen.

Diese Fälle sind selten; sie erreichen kaum die Zahl von einem Fall unter hundert typischen Neurasthenien, aber schon aus praktischen Gründen ist ihre Kenntnis für den praktischen Arzt erforderlich.

Meist liegt übrigens ein eigenartiges weiches Temperament zugrunde und recht häufig besteht erbliche psychopathische Belastung. (Autoreferat.)

3. Stadelmann-Würzburg: Methodologischer Beitrag zur Behandlung des defekten erkennenden Sehens bei der Idiotie.

Das räumliche Sehen der Objekte in ihrer Tiefenausdehnung beruht psychologisch auf einer Assoziation der optischen Vorstellung des zu sehenden Objektes mit der Bewegungsvorstellung der Augenmuskeln. Beim Sehen in einer Ebene lassen wir uns durch zeichnerische Effekte täuschen und sprechen flächenhaft dargestellte Objekte doch als körperlich an; die vorher genannte Assoziation ist so zur Gewohnheit geworden, daß uns dieses Erkennen leicht wird. Auf diesen Tatsachen baut sich die oben erwähnte Behandlungsmethode auf. Es gibt idiotische Kinder, denen die feste Verbindung dieser Vorstellungen mangelt; wenn es gelingt, dieselbe hervorzurufen und stabil zu machen, dann werden sie auch flächenhaft gegebene Gegenstände erkennen und auf diese Weise schließlich auch lesen und schreiben lernen können. Die Methode ist folgende: Es werden, nachdem richtiges räumliches Sehen mit Hilfe des Tastsinnes gut ermöglicht ist, dem Kinde bekannte Gegenstände stereoskopisch photographiert und gezeigt; die Anzahl der Gegenstände auf solchen stereoskopischen Bildern wird allmählich vermehrt, daraufhin werden die gleichen Gegenstände reliefartig gezeichnet und schließlich als Konturzeichnungen (anfänglich mit heller Farbe auf dunklerem Hintergrunde) gegeben.

Das idiotische Kind erlernt auf diese Art langsam und stufenweise unter Anleitung, was das normale Kind rasch und spontan erlernt, nämlich die optische Vorstellung mit der Bewegungsvorstellung der Augenmuskeln zu assoziieren. Für die Möglichkeit des Erlernens des Lesens hat Vortragender besondere Ausführungen gegeben. Die große Bedeutung dieser Methode liegt nicht allein in ihrem speziellen Erfolge, sondern auch und insbesondere in dem Einflusse, den dieselbe auf das mangelhaft assoziative psychische Leben des Kindes auszuüben vermag.

Mit der fortschreitenden Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung der Assoziationsschwäche bei der Idiotie wächst die Möglichkeit, Urteile zu bilden. (Autoreferat.)

4. Specht-Tübingen: Zur Methodik der psychologischen Untersuchung bei Unfallverletzten.

Vortragender kennzeichnet die Bedeutung des psychologischen Versuches in der Psychiatrie und weist entschieden den Standpunkt vieler Irrenärzte zurück, daß der Wert der psychologischen Arbeiten an ihren praktisch verwertbaren Ergebnissen zu messen sei. Der Psychologie falle in erster Linie die Aufgabe zu, unsere wissenschaftliche Erkenntnis zu fördern. Zu dieser wissenschaftlichen Bedeutung geselle sich die praktische da, wo es sich darum handle, diejenigen seelischen Störungen zu erforschen, die durch ihren Grad

aus der gesunden Breite herausfallen. So beispielsweise bei den traumatischen Neurosen. Hier habe das psychologische Meßverfahren einzusetzen. Von besonderer Bedeutung sei die Messung der Ermüdbarkeit der Traumatiker und die Entscheidung darüber, ob sie simuliert oder willkürlich übertrieben sei. Gegenüber früher angewendeten Methoden, die sich als unbrauchbar erwiesen haben, sei von *Kräpelin* die fortlaufende Arbeitsmethode, namentlich das Addieren einstelliger Zahlen zur Ermüdungsmessung herangezogen und ausgearbeitet worden.

Vortragender schildert die Grundzüge dieser Methode und setzt auseinander, daß es mit ihr gelingt, die Breite der physiologischen Ermüdbarkeit zu bestimmen. Aus dieser Breite falle die Ermüdbarkeit der Traumatiker heraus. Bezüglich der Simulation, zu deren Feststellung dieselbe Methode angewendet wird, bemerkt Vortragender, daß es auch dem Eingeweihten nicht möglich ist, größere Ermüdung zu simulieren, ohne daß sich dabei die Simulation als solche zu erkennen gibt.

Diskussion: *Weygandt* begrüßt das sich der Psychologie zuwendende Interesse. Skeptik ist begreiflich, aber entmutigen dürfen die bisherigen knappen Resultate nicht, wenn wir daran denken, welch enorme Arbeitskraft z. B. auf die Anatomie der Paralyse bisher verwandt wurde und wie doch auch heute im praktischen Fall, z. B. wenn es gilt, in der Frage einer Testamentanfechtung aus dem bloßen Obduktionsbefund Paralyse zu diagnostizieren, Verlegenheit entstehen kann. Empfehlenswert zur weiteren Verbreitung der psychologischen Methodik wäre es, wenn die Psychologen ihre Resultate möglichst sinnenfälliger, in graphischer Form, mitteilen würden.

Fürstner: Ich wundere mich, daß bei der an und für sich schon gemein schwierigen Aufgabe die Simulation noch in Betracht gezogen wird, wo die Entscheidung ja zunächst in Betracht kommt, übertreibt der Betreffende einfach oder übertreibt ein Hypochonder infolge seiner Erkrankung. Im ganzen spielt die Simulation auch nicht annähernd die Rolle, die man ihr früher zugewiesen. Wenn man willkürliche Übertreibung in der Kurve sicher erkennen könnte, so wäre dies ja von großer praktischer Wichtigkeit.

Specht bemerkt im Schlußwort, daß das von ihm behandelte Thema erstens ein aktuelles Interesse beanspruche und daß zweitens die Ermüdungsmessung eine der am besten ausgearbeiteten psychologischen Untersuchungsmethoden sei. Welche Bedeutung der Simulation beizumessen sei, sei noch nicht endgültig entschieden. Jedenfalls müsse man damit rechnen, daß die Traumatiker ihre Störungen willkürlich übertreiben können. Auch diese willkürliche Übertreibung lasse sich nach seinen bisherigen Erfahrungen durch die Methode erkennen,

5. *Kreuser*: Beobachtungen und Bemerkungen über retrograde Amnesie.

Erinnerungsdefekte für kürzere oder längere Zeitabschnitte, die der sie verursachenden Störung der zerebralen Funktionen unmittelbar vorausgegangen

waren, finden sich in der Literatur mitgeteilt, vorzugsweise noch Gehirnerschütterungen und Erhängungsversuchen, nach Vergiftungen mit Kohlenoxyd, Alkohol oder auch nach akuten Infektionskrankheiten. Aber auch von den anfallsweise auftretenden Bewußtseinsstörungen der Epilepsie und der Hysterie wird berichtet, daß sie gelegentlich einen Erinnerungsausfall nach sich ziehen, der außer dem Anfall selbst noch diesem vorhergegangene Zeitabschnitte in sich begreift.¹⁾ Daß sich jedoch das Vorkommen von retrograder Amnesie nicht auf die eben genannten Affektionen beschränkt, scheint mir aus den folgenden Beobachtungen hervorzugehen:

I. Hereditär nicht belasteter, aber schon früh dem Alkohol zugeneigter 27-jähriger Mann hatte 1897 und 1902 an derselben Stelle des Hinterhaupts Kontusionen mit nachfolgender Bewußtlosigkeit erlitten. Schon nach der ersten Verletzung war eine Veränderung seines Wesens, Gedächtnisabnahme und Alkoholintoleranz objektiv nachgewiesen worden; nach der zweiten mehrten sich besonders die bisher wenig hervorgetretenen subjektiven Beschwerden: Kopfweh und Schlaflosigkeit, ohne jedoch Arbeitsunfähigkeit zu verursachen. Wenige Wochen nachher ist er beschuldigt, am 3. Juni 1902 eine sich bietende Gelegenheit schlau benutzend, Notzucht verübt zu haben. Anderen Tages verhaftet, räumt er den geschlechtlichen Akt ein, bestritt er nur die Nötigung. Am dritten Tage aber will er dem Untersuchungsrichter gegenüber von der ganzen Sache nichts wissen, zieht er bestimmt seine Anwesenheit am Ort der Tat in Abrede. Von diesem Verhöre an beobachtet man bei ihm verwirrte Reden. Ihr auffallender Wechsel erweckt alsbald den Verdacht der Simulation, dem auch der Gerichtsarzt beitrifft, weil er ein typisches Krankheitsbild vermißt. Am 25. August wird der Mann daher der Anstalt zur Beobachtung übergeben. Hier war bei erhaltener Auffassungsfähigkeit und Aufmerksamkeit eine lebhafte, vorwiegend zornige Erregung mit lebhaften phantastischen Wahnbildungen zu konstatieren, deren hauptsächlich persekutorischer Inhalt durch Halluzinationen verschiedener Sinnesgebiete, besonders aber durch sehr lebhaftes Traumbilder immer wieder neu angeregt und umgestaltet wurde. Von einer sehr druckempfindlichen Stelle am Hinterkopf — den erlittenen Kontusionen entsprechend — gingen eine Reihe von nervösen Begleiterscheinungen aus. — Nach etwa drei Wochen ließen Erregung und Wahnbildung nach, um ganz allmählich einer fortschreitenden Rekonvaleszenz zu weichen, in der er zu guter Krankheitseinsicht gekommen ist. Obwohl spontane Beschwerden ganz fehlten, hatten sich doch die örtlichen Reizerscheinungen am Hinterkopf nicht ganz verloren. Unverändert erhalten blieb ein schon von Anfang an bemerkbarer Erinnerungsdefekt, der mit scharfer Grenze auf dem Heimwege nach dem zweiten Unfall einsetzend, einen Zeitraum von ca. zehn Wochen umfaßt und während des Anstaltsaufenthalts ganz allmählich ausklingt. Die ersten zwei bis drei Wochen dieses

¹⁾ Paul, Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie. Archiv für Psychiatrie, XXXII, Seite 261; mit Literaturverzeichnis.

Defektes — das Datum des Unfalls war leider nicht genau zu ermitteln gewesen — fallen noch vor die Gewalttat. Gerade dieser Abschnitt wird durch konfabulierende Erzählungen ausgefüllt, die sich ebenso durch ihren phantastischen Inhalt, wie durch den Mangel aller Zeitmaße und Zeitfolge als Delirien kennzeichnen, wenn sie vielleicht auch an einzelne wirkliche Wahrnehmungen anknüpfen. — Nach $3\frac{1}{2}$ monatigem Anstaltsaufenthalt wieder hergestellt, ist derselbe Mann im Sommer d. J. wiederum gemäß § 81 der St.P.O. zur Aufnahme gelangt. Seit Frühjahr schon offenbar durch vermehrten Alkoholkonsum wieder erregbarer geworden, war er wegen Beleidigung in Untersuchung geraten. Bei einem Verhöre hatte er sich noch „ganz verständig“ verhalten; auf dem Heimwege jedoch soll er abermals Notzucht versucht haben. So unvorsichtig dieser Versuch unternommen worden war, so schlaue hatte er sich noch bemüht, festzustellen, ob er auch unerkannt geblieben sei. Wenige Stunden nachher war ein heftiger Erregungszustand bei ihm ausgebrochen, während dessen seine Festnahme nur mühsam bewerkstelligt werden konnte. Nach wenigen Tagen war dieser abgelaufen unter Hinterlassung eines Erinnerungsdefektes, der jedoch nur so weit zurückgreift, daß der ihm zur Last gelegte Notzuchtversuch noch einbegriffen wird. Für die vorhergehende Zeit waren die Erinnerungen wohl ungenau, aber keineswegs ausgelöscht. — Ohne Zweifel handelt es sich in diesem Falle um psychotische Zustände epileptoiden Charakters, für welche die wesentlichste Ursache in der Kopfverletzung zu erblicken ist; Alkohol und psychische Erregungen mögen jeweils zu ihrer Auslösung beigetragen haben. Die Amnesie und ihr retrograder Charakter schließen sich somit an aus der Literatur bekannte Beobachtungen an. Auffallend erscheint jedoch, daß das Rückwärtsgreifen des Erinnerungsverlustes beim ersten Krankheitsfalle, dessen epileptoider Natur weit weniger charakteristisch war, erheblich größeren Umfang hatte, während es sich beim zweiten viel typischeren Anfälle beschränkt auf einen diesem offenbar unmittelbar vorausgegangenen Dämmerzustand.

II. Wegen Diebstahls etc. wiederholt vorbestrafter 36jähriger Mann mit alkoholischen Neigungen ist wegen mehrerer, über einen längeren Zeitraum sich verteilender, dem Werte nach geringfügiger Eigentumsdelikte in Untersuchung geraten. Eine überraschende Haussuchung mit belastendem Ergebnis veranlaßte ihn, am 24. Mai 1902 flüchtig zu werden. Schon tags darauf in Haft gebracht, hat er bei den Verhören am 18. und 25. Juni, sowie am 3. Juli über alle Beschuldigungen schlagfertige, wenn auch teilweise offenbar geflissentlich unrichtige Auskunft gegeben. Ein Drüsenabszeß am Halse veranlaßte dann seine Überführung in das Krankenhaus. Von hier ist er in der Nacht vom 16./17. Juli nach wohl vorbereitetem Plane ausgebrochen. Schon nach einigen Stunden war er wieder dingfest gemacht, wobei er seiner Wiedereinbringung einen sinnlos heftigen Widerstand entgegensetzte. Bei dem Verhör am 18. Juli gibt er nun erstmals unzureichende Antworten; er klagt zugleich über heftige Kopfschmerzen und zittert am ganzen Körper so, daß die Vernehmung abgebrochen werden mußte. Dem Krankenhause wieder

übergeben, bietet er dort während der nächsten Wochen einen durch kurze, aber heftige Erregungszustände unterbrochenen stuporösen Zustand dar. In diesem konnte ein vorher von ihm sehr gefürchteter operativer Eingriff ohne Narkose zur Ausführung gebracht werden, ohne daß er irgend wie darauf reagiert hätte. Dem Gerichtsarzt erscheint er der Simulation verdächtig, weshalb auf dessen Antrag Anstaltsbeobachtung angeordnet wird. Hier dauert ein ängstlicher Stupor 18 Tage lang unverändert fort, um dann sich während weiterer fünf Tage so zu lösen, daß nur noch eine mäßige psychische Depression mit Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zurückblieb. Für alle Vorkommnisse vom 29. Mai bis zum 1. September besteht ein vollständiger Erinnerungstest, nicht aber für die Zeit, in welche die zur Anzeige gekommenen Delikte fallen; seine Verteidigung gegen die erhobenen Beschuldigungen ist ganz dieselbe, wie in den anfänglichen, jetzt nicht mehr erinnerten Verhören. Des Erinnerungsausfalls ist sich der Kranke bewußt. Konfabulationen zu seiner Ausfüllung fehlen vollständig. — Auch dieser Patient kam noch ein zweites Mal zur Behandlung. Nach befriedigender Wiederherstellung sollte er eine noch rückständige Straftat verbüßen; sofort mit deren Antritt ist er rückfällig geworden. Ebenso stuporös wie früher, hatte er jetzt noch einige Anfälle von allgemeinen Konvulsionen, die einer suggestiven Beeinflussung nicht unzugänglich blieben. Rascher als das erste Mal löste sich der Stupor; während des nachfolgenden länger dauernden Depressionszustandes sind Konvulsionen nicht mehr beobachtet worden. Für die Dauer des Stupors ließ sich auch jetzt wieder völlige Amnesie feststellen, ohne daß diese jedoch über dessen Beginn zurückgegriffen hätte.

III. Hereditär belastete, von jeher zarte, durch widrige Schicksale, Entbehrungen und rasch aufeinander folgende Geburten hart mitgenommene, äußerst anämische Frau, 33 Jahre alt. Seit ca. zwei Jahren subjektiv zunehmende Kraftlosigkeit und — dem Ehemann — auffallende Vergeßlichkeit. Seit einem Abortus im März d. J. viel Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, schreckhaftes Wesen und häufige traurige Verstimmungen. Nachdem sie wiederholt dem Ehemann gegenüber entsprechende Absichten geäußert, hat sie am 14. Mai 1903 in der eigenen Wohnung auf raffinierte Weise Feuer angelegt. Der Tat sofort verdächtig und verhaftet, leugnet sie diese zuerst bestimmt ab; auf Aufforderung ihres gleichfalls in Haft genommenen Ehemannes ließ sie sich am 18. Mai zu einem rückhaltlosen Geständnis herbei. In weiteren Verhören vom 25. Mai, vom 2. und 3. Juni wiederholt und ergänzt sie dieses, so daß über Plan und Ausführung der Tat völlige Klarheit gegeben war. Erstmals am 8. Juni werden Anzeichen von Geistesstörung bei ihr wahrgenommen und am 10. Juni konnte der Gerichtsarzt eine schwere Verwirrtheit und Sinnestäuschungen feststellen. Schon am 30. Juni war diese so zurückgetreten, daß ein anderer Arzt, in dessen Behandlung die Angeklagte seit Jahren gestanden hatte und der sie jetzt im Krankenhause beobachten konnte, keinerlei geistige Störung mehr nachzuweisen vermochte, abgesehen von dem angeblichen Fehlen aller Erinnerung für die Zeit der Tat und der Untersuchungshaft.

Freilich findet am 9. Juli und am 1. August ein dritter Arzt, in dessen Behandlung die Frau inzwischen übergegangen war, eine hochgradige Abschwächung aller ihrer geistigen Funktionen. Zur Einholung eines Gutachtens über ihre Zurechnungsfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit wurde die Frau am 21. August in Anstaltsbehandlung verbracht. Hier wurden ungleich weite und lichtstarre Pupillen, sowie ein schwerer allgemeiner Erschöpfungszustand mit erheblicher Erschwerung und Verlangsamung der psychischen Funktionen konstatiert. Dabei war die Frau ziemlich aufmerksam, besonnen, frei von Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, ohne affektive Störung und ohne Intelligenzdefekt. Das Erinnerungsvermögen aber war schon für die zwei letzten Jahre lückenhaft und unzuverlässig; kurz vor der Tat verliert es sich in völlige Amnesie für einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen. Einzelne Erinnerungsvorstellungen tauchen wieder auf mit dem Zeitpunkt ihrer Überführung aus der Untersuchungshaft in das Krankenhaus; bald werden sie zahlreicher, klarer und besser zusammenhängend. Während der Beobachtungszeit hat sich dann die Merkfähigkeit unter fortschreitender Hebung des Allgemeinbefindens ganz befriedigend wiederhergestellt. Der Erinnerungsdefekt blieb unverändert erhalten; aus ihm tauchen nur hin und wieder einzelne Situationen in ganz unbestimmten und verzerrten Umrissen auf, von denen die Patientin selbst unsicher ist, ob sie nicht bloßen Traumvorgängen entspringen. — Aus der forensischen Praxis stammend, erfordern diese drei Beobachtungen von retrograder Amnesie eine besonders vorsichtige Beurteilung. Bleibt man doch mit dem Nachweis von Erinnerungsdefekten in der Hauptsache auf die eigenen Angaben der Exploranden zu verschiedenen Zeiten angewiesen; ihre Zuverlässigkeit kann durch objektive Untersuchungsmethoden nicht sicher nachgeprüft werden. Um so wertvoller muß es für unsere vorzugsweise retrospektiven ärztlichen Beobachtungen sein, wenn sie in genau datierten richterlichen Vernehmungsprotokollen, bei deren Abfassung wesentlich andere Gesichtspunkte maßgebend gewesen waren, eine verlässliche Stütze finden. Aus solchen Protokollen geht namentlich in den beiden zuletzt erwähnten Fällen unzweideutig hervor, daß eine Reihe von Vorkommnissen aus der jüngsten Vergangenheit dem Bewußtseinsinhalt als klare und präzise Inhaltsvorstellungen bereits einverleibt, später aber dem Gedächtnis wieder völlig entschwunden waren. Um eine solche Erscheinung als nachträgliche Zerstörung eines eben erst erworbenen geistigen Besitzes sicherzustellen, muß natürlich Simulation unbedingt ausgeschlossen werden können. Dies trifft nach meiner Überzeugung für alle unsere Fälle zu. Zur Begründung möchte ich hier nur anführen, daß im zweiten Falle die inkriminierten Handlungen gar nicht in den Bereich des Erinnerungsdefekts fallen, so daß dessen Vortäuschung ihren Zweck gänzlich verfehlt hätte; im ersten Falle muß die auffallende Gemütsruhe, die der sonst ungemein leicht erregbare Mann gerade den ihn am schwersten belastenden Berichten gegenüber stets zu bewahren vermocht hat, dafür sprechen, daß die ihm zur Last gelegten Handlungen in seinem Bewußtsein

nicht mehr vorhanden waren und im dritten Falle endlich wäre während des schweren Erschöpfungszustandes, in dem nach abgelaufener Erregung die Amnesie zutage getreten ist, die psychische Leistungsfähigkeit zur Durchführung einer erfolgreichen Simulation unbedingt auszuschließen gewesen.

Durch die kurze Skizzierung unserer Fälle dürfte genügend dargelegt sein, daß in allen dreien schwere psychologische Störungen vorgelegen haben. Damit die durch sie verursachte Amnesie mit Recht als retrograde bezeichnet werden dürfe, muß aber der Krankheitsbeginn so präzisiert werden können, daß er zweifellos innerhalb des von dem Erinnerungsdefekt umfaßten Zeitraums gelegen ist. Einwandfrei ist in dieser Hinsicht der zweite unserer Fälle, indem hier nie vorher irgend welche psychopathologische Erscheinung vorhanden gewesen war. Auch die Untersuchungshaft hat zwar deprimierend gewirkt, aber die psychische Gesundheit und speziell die Bewußtseinsvorgänge ganz unberührt gelassen. Erst nachdem eine somatische Erkrankung aufgetreten und ein Ausbruchversuch mißlungen war, stellten sich ganz akut psychotische Symptome ein, die dann, wenn auch mit etwas atypischem Verlaufe, in das klinisch wohl charakterisierte Bild einer ängstlichen Verwirrtheit mit schwerer psychomotorischer Hemmung und mit nachfolgender trauriger Verstimmung übergegangen sind. Das durch den Antritt einer Strafhaft veranlaßte Rezidiv entstand ebenso akut und wich im weiteren Verlaufe nur ab durch die Komplikation mit einigen hysteriformen Krampfanfällen. Der Beginn der erstmaligen Erkrankung fällt ziemlich genau in die Mitte des Zeitraums, für den nach ihrem Ablauf Amnesie nachweisbar gewesen ist. — Im ersten und dritten Falle hatten Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Erinnerungen offenbar schon seit fünf, beziehungsweise zwei Jahren Not gelitten unter Einwirkungen, welche die nachherige psychische Erkrankung vorbereitet hatten. Ausgesprochene psychische Symptome haben auch hier zu einem leidlich genau bestimmbaren Zeitpunkte akut eingesetzt. Wohl muß im ersten Falle in Ermangelung von ausreichender Beobachtung dahingestellt bleiben, ob sie sich nicht schon unmittelbar an das zweite Kopftrauma angeschlossen hatten; jedenfalls aber war die erst einige Wochen später begangene Gewalttat bei der Verhaftung am folgenden Tage im Bewußtsein des Täters erhalten, wenn auch in wahrscheinlich absichtlicher Entstellung. Erst am dritten Tage, an dem auch verwirrte Reden aufgefallen sind, war sie und mit ihr die Erlebnisse der vorhergehenden Wochen dem Gedächtnis entschwunden, um auch später nicht wieder in dasselbe zurückgerufen werden zu können. Im dritten Falle waren dem akuten Ausbruch eines Inanitionsdeliriums während der Untersuchungshaft wohl flüchtige traurige Verstimmungen und Angstzustände vorausgegangen, sie hatten aber in vier Verhören die Angaben über Beweggründe und Ausführung der Tat ganz unbeeinflusst gelassen, während all das nach abgelaufenem Delirium der Erinnerung entfallen war. — Auch bei diesen beiden Kranken liegt also der Beginn der akuten Psychose inmitten des vom Erinnerungsdefekt umfaßten Zeitraums.

Differentialdiagnostisch sind diese drei Fälle verschieden einzureihen: gemeinsam ist ihnen dagegen eine zeitweilige recht intensive Störung der Bewußtseinstätigkeit. In dieser Hinsicht schließen sie sich auch den anderweitigen zerebralen Affektionen, bei denen retrograde Amnesie beobachtet worden ist, eng an und man wird kaum fehlgehen, wenn man in der Bewußtseinsstörung den wesentlichsten Faktor für den Erinnerungsausfall erblickt. Ist doch zweifellos die Bildung klarer Erinnerungsvorstellungen gebunden an eine ungestört erhaltene Bewußtseinstätigkeit. Der Mechanismus ihrer Bildung entzieht sich unserer Kenntnis noch ebenso wie die materiellen Veränderungen, die wir dafür im Zentralnervensystem voraussetzen müssen. Alle Erfahrungen stimmen aber darin überein, daß die Erinnerungen Dauerhaftigkeit erst erlangen, wenn eine gewisse Zeit über ihrer Erwerbung verstrichen ist, während welcher sie sich ungestört dem bisherigen Bewußtseinsinhalt angliedern konnten. Bei den verschiedensterlei Störungen des Gedächtnisses, wie sie im höheren Lebensalter oder bei ungünstig verlaufenden Formen von psychischer Erkrankung beobachtet werden, leiden regelmäßig die zuletzt gebildeten Erinnerungsvorstellungen mehr als die früher erworbenen. Der Ausfall an solchen pflegt sich hier aber weit mehr nach den assoziativen Beziehungen der Vorstellungsreihen zu bestimmen, als daß er ohne Rücksicht auf solche zeitlich umschrieben wäre. Temporäre und vollständige Amnesie finden sich nur bei funktioneller Erkrankung, vorzugsweise bei akut einsetzender, vorübergehender, aber intensiver Bewußtseinsstörung. Dabei kommt eine retrograde Wirkung des Erinnerungsausfalls keiner ätiologisch oder klinisch gesonderten Form von zerebraler Affektion notwendig oder auch nur regelmäßig zu, wenn auch ihre besondere Häufung bei einzelnen derselben, z. B. bei den Erhängungsversuchen unverkennbar ist. Immerhin dürfte die retroaktive Zerstörung bereits erworbener Erinnerungen in größerer Verbreitung vorkommen, als bisher angenommen worden ist. Wenn sie bei Psychosen, die weder der Epilepsie noch der Hysterie zuzurechnen sind, bisher nicht beschrieben worden ist, so mag dies wohl daher rühren, daß ihr einwandfreier Nachweis an die bei Psychosen schwer zu erfüllende Voraussetzung eines scharf begrenzten Beginns gebunden bleibt. Ganz unzweideutig läßt sich eine solche retroaktive Zerstörung ja fast nur bei rein zufälligen traumatischen oder toxischen Gehirnaffektionen feststellen. Schon bei mißlungenen Selbstmordfällen und bei chronischen Intoxikationen hat man mit der Wahrscheinlichkeit von vorausgegangenen psychopathologischen Störungen zu rechnen, die möglicherweise auf die Erinnerungsvorgänge von nachteiligem Einfluß sein konnten. Dessen exakte Unterscheidung von der retroaktiven Wirkung der akut einsetzenden schweren Schädigung läßt sich eben nicht immer leicht durchführen. Noch mehr muß ein solcher Einwand zutreffen bei allen psychischen Erkrankungen, weil sich hier kaum je der Anfang des Prozesses genau präzisieren läßt. Auch bei den anfallsweise verlaufenden Störungen ist stets mehr oder weniger mit ihren intervallären Erscheinungen zu rechnen.

Jedenfalls ist das Vorkommen der retrograden Amnesie ein entschieden

atypisches, wie dies auch die beiden Fälle zeigen, in denen wir bei Rezipienten eine ähnliche Ausdehnung der Erinnerungsdefekte nicht wieder beobachten konnten. Wenn es aber von *Möbius* ganz der Hysterie zugewiesen wird, so dürfte dadurch weder die Klärung dieses Begriffes wesentlich gefördert, noch das wünschenswerte Licht über die uns hier beschäftigende Erscheinung verbreitet werden. Richtiger will mir erscheinen, wenn für das Vorkommen, den Grad und den Umfang der retrograden Zerstörung von bereits dem Erinnerungsschatze einverlebten Erfahrungen nach Ursachen gesucht wird in Umständen, die etwa schon vor dem Einsetzen der die Amnesie bewirkenden Störung geeignet gewesen sein könnten, die Befestigung der Erinnerungsbilder zu erschweren oder zu hemmen. Als solche Ursachen könnten sowohl physiologische Zustände in Betracht kommen, wie starke Gemütsbewegungen, einseitige Anspannung der Aufmerksamkeit, noch häufiger aber wohl prädisponierende oder prodromale Erscheinungen, die an das pathologische Gebiet mehr oder weniger nahe heranreichen, wie die zweifelhaften Gemütszustände vor einem Selbstmordversuch, die einen Krankheitsanfall einleitenden Verstimmungen und nicht zum wenigsten die intoxicatorischen Dauerwirkungen vorzugsweise des habituellen Alkoholabusus. Waren bei zwei von unseren Fällen alkoholische Gewohnheiten ausdrücklich hervorzuheben gewesen, so ist auch zum dritten noch nachzutragen, daß diese Patientin nicht selten den Nahrungsmangel durch Biergenuß zu ersetzen gesucht hat.

Darf die Amnesie einigermaßen als ein Gradmesser gelten für die überstandene Bewußtseinsstörung, so wäre ihre retrograde Wirkung also, wohl anzusprechen als vorzugsweise abhängig von Verhältnissen, wie sie einer solchen Bewußtseinsstörung vorausgegangen waren. Bei ihrer forensischen Würdigung hat man sich daher wohl zu hüten, vor unmittelbaren Folgerungen aus dem Umfang der Amnesie auf die Dauer solcher krankhafter Geisteszustände, durch welche Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit ausgeschlossen werden. Wohl aber werden einer retrograden Amnesie Fingerzeige zu entnehmen sein zu besonders sorgfältiger Prüfung des psychischen Zustandes vor dem offenkundigen Einsetzen der zerebralen Störung, durch die der Erinnerungsausfall bewirkt worden ist. Nicht selten werden dann vorausgehende Anomalien nachzuweisen sein, die eventuell für die Begutachtung von ausschlaggebender Bedeutung werden können. So konnte im ersten und dritten unserer Fälle der Schutz des § 51 des St.G.B. mit Erfolg reklamiert werden, im zweiten konnten wir die Voraussetzungen hierzu nicht für gegeben erachten.

6. Hess-Stephansfeld i. E.: Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma.

Vortragender teilt drei Beobachtungen mit: 1. 36jähriger Ackerer. Ein Bruder leidet an Dem. praec., ist verblödet. Potus. Deshalb 5 Wochen vor Aufnahme entmündigt. Angeblich seither erregt, dem Spital N. zugeführt. Dort zwei Tage vor Aufnahme Strangulationsversuch, noch rechtzeitig abge-

schnitten, hatte Urin und Stuhl unter sich gelassen. Sagte nachher, der Teufel habe ihm befohlen, sich aufzuhängen. Bei der Aufnahme abweisend, er sei nicht weltlich, sondern geistlich krank, Gefühl von Hitze und Brand, Schmerzen im Leib, die der Arzt nicht heilen könne. Somatisch einige sog. Degenerationszeichen, normale Pupillenreaktion und Patellarreflexe. Herzaktion regelmäßig, geschlängelte Temporales. Keine Strangulationsmarke. In der Folgezeit wenig regsam, verdrossen. Seine Seele sei krank, verlangt einen Missionar, um zu beichten. Der Teufel kommt in der Nacht zu ihm und sagt ihm, er solle sich aufhängen. Er fühlt, daß die Seele zum Kopf heraus will. Zeitweise ängstlich getrieben. Sechs Wochen nach der Aufnahme eines Nachmittags 1/25 Uhr erhängt Patient sich mit seinem Sacktuch an einem vorspringenden Dorn eines Fensters hinter einer spanischen Wand, die vor einem Nachstuhl steht. Der Wärter, der gerade Milch austeilte, bemerkt es sofort, befreit Patient von der Schlinge und legt ihn ins Bett. Dauer der Strangulation höchstens 2 Minuten. Patient ist bewußtlos, blaß. Pupillen weit, ohne Lichtreaktion, kein Sperma- oder Urinabgang. Kiefer fest aufeinander gepreßt, röchelnde Atmung. Herzaktion unregelmäßig. Faradischer Strom, dadurch wesentlich tiefere Atmung, das Gesicht rötet sich, die Herzaktion wird kräftiger und regelmäßiger. Ätherinjektionen. Nach einiger Zeit reagieren die Pupillen auf Lichteinfall, aber nur wenig, und erweitern sich wieder bei fortgesetzter, gleich starker Belichtung. Aus dem Mund kommt bei tiefer Atmung stoßweise Lungenödemsekret. Patient hat in Abständen von etwa 5 Minuten eigentümliche tetanusartige Krampfanfälle. Um 7 Uhr hören diese auf. Nunmehr Jaktation, reagiert auf den faradischen Strom mit Abwehrbewegungen. Um 7 1/4 wird Patient ruhig, atmet regelmäßig, es gelingt aber nicht, ihn durch Zurufen, Schütteln u. dgl. zu einer Reaktion zu bringen. Am nächsten Morgen 1/25 kommt Patient zu sich. Den ganzen Tag benommen, hat keine Erinnerung an das gestrige Ereignis. Hört sehr schlecht. Am folgenden Tag freier, das Gehör bessert sich. Völlige Amnesie für den Suicidversuch. Keine Strangulationsmarke, keine Blutergüsse in Sklera oder Mundschleimhaut. Eine Woche nach dem Suicidversuch sagt Patient auf Befragen, er wisse, daß er sich hinter der spanischen Wand aufgehängt habe. Er glaube, es seien zwei oder drei dabei gewesen, von denen einer ihn angestiftet habe. Die Angaben sind jedoch, auch später, so unsicher, daß es den Eindruck macht, als wiederhole Patient nur, was er nachträglich von andern erfahren hat. Auch kann er diesen letzten Selbstmordversuch und den früher im Spital gemachten nicht auseinander halten. Im weiteren Verlauf der Krankheit oft ängstlich erregt, Wahnideen meist depressiven Charakters, („sechs Monate lang keinen Stuhlgang gehabt, angefüllt mit Petrol und Zement“), Halluzinationen, Sensationen, Stereotypien. Nahrungsverweigerung, Schlundsondenfütterung. Abnahme der Intelligenz. Seit der Aufnahme sind jetzt 15 Monate vergangen. Diagnose: Dementia praecox, trotz des vorausgegangenen potus, zumal in Rücksicht auf die gleiche Krankheit des Bruders. Hysterie und Epilepsie ausgeschlossen. — Als Ursache

der bedrohlichen Erscheinungen nach der kurzdauernden Strangulation ist der Carotidenverschluß und die dadurch bewirkte Kreislaufstörung anzusehen, erschwerend kam die wenn auch mäßige Arteriosklerose des Patienten hinzu. Wie weit die Amnesie, die sicher für den ganzen Strangulationsversuch bestand, sich zurückerstreckte, war bei dem wenig zugänglichen Patienten nicht festzustellen. Der Verlauf der Psychose wurde durch den Selbstmordversuch in keiner Weise beeinflusst.

2. 22 jähriger Anstaltsschlosser, gesund, verunglückt am 7. Juni auf einer Radtour (34 km in 6 Stunden mit dreimaliger Rast, dabei 1,4 Liter Bier getrunken), indem er, während er sich nach einem Kameraden umsieht, an einer Straßenbiegung mit solcher Wucht gegen einen Sandsteintorpfosten fährt, daß dieser mitten entzwei bricht. Patient wird bewußtlos nach Hause gebracht. 7 cm lange Wunde in der linken Stirn-Schläfengegend, linksseitige Schlüsselbeinfraktur. Er kommt nach 1½ Stunden zu sich während der Untersuchung durch einen Arzt. Ruhige Nacht. Am nächsten Morgen freies Sensorium, aber völlige Amnesie für den Unfall und die Ereignisse der vorausgegangenen halben Stunde. In den nächsten 4 Wochen kehrt die Erinnerung nicht zurück. — Bei einer Nachprüfung am 15. Oktober scheint Patient alles wieder zu wissen, und zwar aus eigener Erinnerung, und er glaubt dies auch selbst. Die eingehendere Untersuchung zeigt jedoch, daß Patient nur weiß, was er durch die Erzählung anderer erfahren und durch seine Phantasie unbewußt ergänzt hat. Daß er anfangs einen Erinnerungsdefekt hatte, hat Patient ganz vergessen, es fällt ihm jetzt aber auf Vorhalt wieder ein. Tatsächlich besteht also die retrograde Amnesie in gleicher Weise wie früher fort. Weitere Folgen blieben vom Unfall nicht zurück.

3. 42jährige, bis dahin gesunde Straßenwärtersfrau verunglückt am 15. Oktober 1900 abends 1/29 Uhr, indem der Bauernwagen, auf dem sie sitzt, beim Fahren über ein Eisenbahngleise am hinteren Ende von einem Schnellzug erfaßt und zertrümmert wird. Die Frau wird bewußtlos aus den Trümmern hervorgezogen, kommt nach 1½ Stunden zu sich, völlig unorientiert, beruhigt sich, als ihr das Geschehene mitgeteilt wird. Quetschwunde an der rechten Stirnseite, Hautabschürfungen im Gesicht, Fraktur je einer Rippe links und rechts, Fraktur des linken Unterschenkels. Völlige Amnesie für den Unfall und die Ereignisse der vorausgegangenen halben Stunde, die nach 20 Tagen noch sicher besteht. Über 3 Jahre später, am 8. November 1903, hat Patientin angebliche Erinnerung an alles, nur das eine hat sie völlig vergessen, daß sie in den ersten Wochen nach dem Unfall die Erinnerung daran ganz verloren hatte. Es ist aber wohl als sicher anzunehmen, daß die Erinnerung tatsächlich nicht wiedergekehrt ist, sondern daß Patientin sich in einer durch die Suggestion der Umgebung und durch Autosuggestion hervorgerufenen Selbsttäuschung befindet, wenn sie sich an die betreffenden Vorgänge am 15. Oktober 1900 zu erinnern glaubt. Z. Zt. bestehen noch Kopfweh, Schmerzen im linken Bein, besonders bei Witterungswechsel, Patientin kann sich nicht recht bücken, nicht weit gehen, ermüdet rasch.

Geringe Rente von der Bahnverwaltung. In der Gerichtsverhandlung gegen den Bahnwärter, der durch Nichtschließen der Schranke das Unglück verursacht hatte, etwa 2 Monate nach dem Ereignis, war Patientin als Zeugin unter Eid vernommen worden; sie berichtete ausführlich über den Unfall, an dem sie 5—6 Wochen vorher keine Spur von Erinnerung gehabt hatte.

Vortragender hält in beiden Fällen die durch das Kopft trauma bewirkte „Gehirnerschütterung“ für die Ursache der retrograden Amnesie; die genaueren psychophysiologischen Vorgänge sind uns unbekannt. Die Häufigkeit des Symptoms ist wahrscheinlich eine viel größere, als bekannt ist. Daß es verhältnismäßig selten nach Schädeltraumen konstatiert wird, liegt wohl daran, daß nicht genügend darnach geforscht wurde, oder daß eine anfangs vorhanden gewesene Erinnerungslücke bald ausgefüllt worden ist durch tatsächliche Wiederkehr der Erinnerung oder in ähnlicher Art wie bei den beiden mitgeteilten Fällen. In straf- wie in zivilrechtlicher Beziehung ist die retroaktive Amnesie von größter Bedeutung, besonders bei Bewertung von Zeugenaussagen. Die mehrfach zur Behebung des Erinnerungsverlustes angewandte Hypnose war in den vorliegenden Fällen nicht indiziert bzw. undurchführbar.

II. Sitzung am 15. November, vormittags 9 Uhr.

Medizinalrat *Kreuser-Winnenthal* übernimmt den Vorsitz und eröffnet die Versammlung mit einem Nachruf auf *Krafft-Ebing*. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren des Verstorbenen.

Auf Einladung von Prof. *Hoche* wird beschlossen, die nächstjährige Versammlung in Freiburg abzuhalten. Zu Geschäftsführern werden gewählt: *Beyer-Littenweiler* und *Hoche-Freiburg*.

Als Referat für die nächstjährige Versammlung wird das Thema „Leicht abnorme Kinder“ bestimmt. Referenten sind *Weygandt-Würzburg* und *Thoma-Illeben*.

7. *Weygandt-Würzburg*: Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien.

Zunächst schildert Vortragender im Anschluß an 2 in der psychiatrischen Klinik zu Würzburg (Prof. *Rieger*) beobachtete Fälle 2 auffallende Begebenheiten, die in den Bereich der psychischen Epidemien zu rechnen sind. In einem Spessartdorf wollte ein 10jähriges hysterisches Mädchen eine Muttergotteserscheinung gehabt haben. Die ganze Bevölkerung nahm Anteil und wallfahrte häufig hinaus mit dem Kind, das dann an der Stelle Zwiegespräche mit der Erscheinung zu haben behauptete. Es wurde schließlich eine stattliche Bildsäule an jener Stelle errichtet und von weit her kamen Wallfahrer, vor allem als die Geistlichen in den Nachbarorten das Wunder predigten. Der Ortspfarrer jedoch bemühte sich in aner kennenswerter Weise um die Beruhigung und Aufklärung seiner Gemeinde. 7 Familien hielten jedoch noch jahrelang an dem Wunderglauben fest. Ihr Führer war ein

von Jugend auf imbeziller, absonderlicher Mensch, der nun Betstunden mit dem Kinde abhielt, schließlich aber immer erregter wurde, bis er als Geisteskranker in die Klinik gebracht werden mußte. In heftiger Erregung, unter wahnhaften Äußerungen religiösen Inhalts starb er. Daraufhin erst erlosch der Wunderglaube in der Gemeinde.

In dem anderen Falle war in einem Dorf der Rhön eine Frau geistig erkrankt. In anfallsartigen Erregungszuständen behauptete sie, besessen zu sein und wurde auch von ihrer Umgebung als vom Teufel besessen bezeichnet. Der Ehemann und die übrigen Dorfbewohner äußerten Verdacht gegen eine alte Witwe, die als Hexe schuld an der Besessenheit sei. Die alte Frau wurde gemieden, schlecht behandelt und zeigte infolgedessen wachsende Depression mit Selbstbeschuldigung und Lebensüberdruß, bis sie schließlich Suicid durch Erhängen beging. In der Ortschaft jedoch verlangte man, daß der Teufel aus der ersterkrankten Frau ausgetrieben werden müsse. Als der Ortspfarrer darauf nicht einging, wurde die Kranke von handfesten Männern unter Begleitung der ganzen Einwohnerschaft in ein Nachbardorf geschleppt, wo ein wegen Kurfuscherei bekannter Pfarrer jetzt als Teufelsbanner den großen Exorzismus in der Kirche vornehmen wollte. Auf Befehl der kirchlichen Vorgesetzten unterließ dieser die öffentliche Austreibung und versuchte es in seiner Privatwohnung. Nach heftigem Widerstand wurde die Frau von den Behörden in die Klinik überführt. Die anfallsartigen Erregungen ließen unter Ignorierung alsbald nach, während sie an ihrem Besessenheitswahn festhielt. Bei einer Untersuchung in diesem Jahr ergab sich, daß sie ihre Erregungen jetzt in der Stille ablaufen läßt und noch an ihre Besessenheit glaubt.

In beiden Ereignissen bildet ein Fall psychischer Abnormität den Ausgangspunkt für eine lebhafte psychische Erregung einer größeren Volksmenge und beide Male fiel dieser Erregung ein Mensch durch Psychose zum Opfer.

Hinsichtlich der psychischen Beeinflussung empfiehlt es sich, eine Reihe von Gruppen schärfer zu unterscheiden.

1. Das induzierte Irresein im Sinne von *Schönfeld* beschränkt sich auf Fälle, in denen die geistige Erkrankung eines Falles A die spezifische Ursache für die des Falles B darstellt, welch letzterer das gleiche Bild zeigen und nach Trennung von A weiterhin krank bleiben muß. In dieser strengen Form kommt psychische Induktion recht selten vor; vor allem sind Fälle gemeinschaftlicher Belastung auszuschließen, wie die von *Kölpin*, *Wallichs*, *Hoffmann* u. a.

2. Häufiger findet sich Erkrankung einer von vornherein zur Psychose disponierten Person unter dem Einfluß eines manifesten Falles. Solche Fälle einer durch Psychose A ausgelösten Disposition bei B finden sich namentlich im Bereich der Hysterie und dann auch der paranoischen Erkrankungen, jedoch auch anderwärts. Vortragender hat u. a. bei einem Ehepaar gemeinschaftliche Erkrankung depressiver Natur beobachtet. Auslösung von Dispositionen auf Grund psychotischer Einflüsse ist auch in den obigen Beobach-

tungen zuzugeben, so im Fall des Hexenwahn bei der suicidalen Frau, die offenbar an seniler Melancholie erkrankte, dann bei dem Führer der Wundergläubigen, der auf imbeziller Grundlage einen der *Dementia praecox* zuzurechnenden Erregungszustand erlitt.

3. Nicht selten beobachtet man, daß Geisteskranke einzelne Züge anderer Patienten annehmen, so katatonische Stereotypien oder in dem Fall von *Näcke* betreffend eine musikalische Infektion.

4. Der Fall, daß gesunde Menschen einzelne psychotische Züge von Geisteskranken annehmen, findet sich besonders typisch bei Querulanten, die eine Gefolgschaft überzeugter Anhänger sammeln. Das Gros der ausgedehnten psychischen Epidemien ist auch hierher zu rechnen. Nicht die Vorstellung allein ist es, deren Übertragung so großen Einfluß ausübt, sondern die durch lebhaft gefühlstöne aktivierte Vorstellung, ähnlich wie auch bei dem Paranoiker der Gefühlstöne eine größere Rolle spielt, als man gewöhnlich zugibt. Vor allem handelt es sich bei der Übertragung oft schon latenter abergläubischer Vorstellungen um ihre Aktivierung durch Gefühlstöne der Spannung, mit Lust oder auch mit Unlusttönen, ersteres in dem Fall des Wunderglaubens, letzteres bei dem geschilderten Hexenwahn.

Unser beobachteter Hexenwahnfall bestätigt die Auffassung von *Snell*, daß in den mittelalterlichen Hexenprozessen nicht etwa regelmäßig die primär geistig Erkrankten als Hexen oder Zauberer verurteilt wurden, sondern daß man im Fall einer geistigen Erkrankung erst in einer anderen Person die Hexe suchte, durch deren Schuld die erstere besessen sei; freilich wurden dabei auch manchmal Melancholische mit Selbstvorwürfen als Urheber der Besessenheit der zuerst erkrankten Personen, als Zauberer und Hexen behandelt.

Unsere Beobachtungen geben ein trübes Bild aus dem Ende des XIX. Jahrhunderts. Erfreulich ist nur, daß sich jeweils die Ortsgeistlichen korrekt verhielten, sonst hätte die Erregung noch bedenklichere Dimensionen angenommen. Angesichts der Schwierigkeiten, die den Irrenärzten in ihren kulturellen Bestrebungen oft noch entgegengebracht werden, ist es wohl nicht ohne Wert, an solchen drastischen Fällen zu zeigen, welche Gefahren die vielfach noch laut werdenden antipsychiatrischen Tendenzen in sich schließen. (Autoreferat.)

Diskussion: *Hess-Stephansfeld* berichtet kurz über eine psychische Infektion, die vor mehreren Jahren in Stephansfeld beobachtet wurde. Am gleichen Tage wurden zwei Brüder aus einer methodistischen, sehr bigotten Gemeinde aufgenommen. Der jüngere, intelligentere, energischere, hatte ein paar Tage vorher Teufelerscheinungen gehabt und der ältere und mit ihm viele Mitglieder der Gemeinde glaubten an deren Wirklichkeit. Beim jüngeren Bruder stellte sich bald hochgradige tobsüchtige Erregung ein, die der ältere sofort getreu kopierte. In der Anstalt beruhigte sich der ältere, der natürlich dem Einfluß seines Bruders entzogen wurde, sehr schnell und konnte

nach einigen Wochen mit Krankheitseinsicht entlassen werden, sehr zur Überraschung seiner Gemeindegossen, die nicht glauben wollten, daß es sich um eine Krankheit und nicht um ein Werk des Teufels handle. Der jüngere Bruder ging an Katatonie und Tuberkulose zugrunde.

Wildermuth-Stuttgart bemerkt, daß der Hexenglaube heute noch wie vor 200 Jahren fest in weiten Volkskreisen wurzle, sozusagen zum eisernen Bestand der religiös mystischen Vorstellungen des Volkes gehöre.

Es kann also hier weniger von einer Induktion krankhafter Vorstellungen, als von einem Zutagetreten schon vorher vorhandener die Rede sein.

Sommer: Die Induktionserscheinungen sind auch im Anstaltsleben besonders in strafrechtlichen Fällen sehr zu beachten. Manchmal kann als reflektiertes Bild anderer Psychosen besonders bei psychogenen Personen, die zu Gutachtenszwecken in die Anstalt aufgenommen werden, ein meist kaum verständlicher Symptomenkomplex zustande kommen. In einem von *S.* begutachteten Falle waren in der Untersuchungshaft keine Störungen vorhanden, während die betreffende wegen Kindesmord angeklagte Person in der Anstalt zu H. Depression, Sinnestäuschungen und Wahnideen aufwies, die in der Untersuchungshaft wieder verschwanden. Die scheinbar unvereinbaren Widersprüche erklärten sich aus dem Befund einer ausgeprägten Hysterie, auf deren Boden in der Anstalt unter dem Einfluß einiger bestimmt nachweisbarer Kranker ein induziertes Krankheitsbild entstanden war. Es wurde für die Zeit der Begehung der Handlung Geistesstörung angenommen, worauf nach dem Antrage der Staatsanwaltschaft durch das Schwurgericht Freisprechung erfolgte.

Induktionserscheinungen sind also besonders in strafrechtlichen Fällen zu beachten.

Kreuser hält das Vorkommen suggestiver Beeinflussung der Umgebung durch psychisch Kranke für nicht so selten. Ihm sind zwei Vorkommnisse erinnerlich, in denen eine psychische Epidemie noch im Keim erstickt werden konnte durch rechtzeitige Zuweisung der Kranken in Anstaltsbeobachtung.

Dabei hat er dieselbe Erfahrung gemacht wie der Vortragende, daß zwar die Ortsgeistlichen sich ablehnend gegen die mystischen Störungen verhalten haben, nicht aber benachbarte Geistliche selbst der andern Konfession.

Weygandt dankt für die wertvollen Mitteilungen der Diskussionsredner. Herrn Sanitätsrat *Wildermuth* stimmt er zu, daß hinsichtlich des Aberglaubens unsere Bevölkerung kaum weiter ist als vor 200 Jahren. Aber Unterschiede in der Bevölkerung sind doch vorhanden; so haben in dem einen Fall die Männer nur ihrer Frauen wegen mitgetan. Das psychotische Moment liegt in den Fällen im Aktivwerden der abergläubischen Ideen. Auch in Großstädten ist der Aberglaube noch recht lebendig, dort mehr in dem Vorstellungssystem des Spiritismus.

8. Gaupp-Heidelberg: Zur Frage der kombinierten Psychosen.

Vortragender setzt zunächst auseinander, daß die rein symptomatologische Abgrenzung und Bezeichnung psychischer Krankheiten mit Notwendigkeit häufig zur Annahme „kombinierter Psychosen“ führen mußte, wenn es sich darum handelte, ungewöhnliche Symptombilder oder eine ungewöhnliche Reihenfolge von Symptomgruppen zu verstehen. *Gaupp* schildert dann kurz die gewöhnlichen Anschauungen über das Vorkommen kombinierter Seelenstörungen, wie sie in der Literatur niedergelegt sind (von *Krafft-Ebing*, *Siemens*, *Magnan*, *Pick*, *Ferenczi*, *Mönkemöller* u. a.). Er präzisiert dann seinen abweichenden Standpunkt unter Hinweis auf die klinische Forschung von *Kahlbaum*, *Hecker* und *Kraepelin*, wobei er namentlich betont, daß man keinen Anlaß habe, alsbald von einer kombinierten Psychose zu sprechen, wenn affektive Störungen heiterer oder trauriger Art sich mit Wahnbildungen kombinieren, die in keinem erkennbaren psychologischen Zusammenhang mit der abnormen Affektlage stehen. *Gaupp* kennt auch keine „Übergänge“ von Manie in Paranoia oder von Manie in Amentia. Dagegen läßt er den Begriff der „kombinierten Psychose“ für eine Reihe anderer Erscheinungen gelten, deren wichtigste er kurz skizziert. Hierher gehören: die Kombination von Imbezillität mit Epilepsie, Hysterie und Dementia praecox (sogenannte Pfropfbephrenie); das Hinzutreten alkoholischer Psychosen oder alkoholischer Symptomenkomplexe zu Schwachsinn oder erworbener Geisteskrankheit (Epilepsie, Paralyse, Dementia praecox), die Verbindung verschiedener alkoholischer Psychosen (Delirium tremens und Alkoholhalluzinosis). In dem Auftreten hypochondrischer Stimmung und Wahnbildung im Verlauf depressiver Erkrankungen erblickt der Vortragende keinen Anlaß zur Annahme kombinierter Psychosen. Die viel erörterte Frage nach den „hysterischen“ Symptomen bei Geisteskranken wird kurz gestreift. *Gaupp* betont, daß die Geisteskranken, die ja zum großen Teile Entartete von Geburt sind, sehr häufig von Jugend auf psychogene Störungen aufweisen, die man hysterische Zeichen nenne. Auch die Geisteskrankheit (manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Paranoia) werde namentlich in ihrem Beginn von der hysterischen Komponente der Persönlichkeit symptomatologisch beeinflusst. Man muß sich daran gewöhnen, nicht in allen psychogenen Symptomen, die man im landläufigen Sinn hysterisch nennt, Zeichen einer Krankheit, d. h. eines zeitlich abgegrenzten pathologischen Prozesses zu erblicken; es handelt sich vielmehr um eine abnorme Art seelischer Reaktion auf die Lebensreize. Die „Hysteromelancholie“ ist also in der Regel nichts anderes als die Melancholie einer Entarteten, die in und außer der Psychose hysterische Züge aufweist. Viele Krankheiten verwischen eben die Eigenart der erkrankten Persönlichkeit nicht vollständig. Der Vortragende erinnert an die atypischen Krankheitsbilder bei den Israeliten.

Gaupp schildert ferner eine Reihe anderer Kombinationen: das Hinzutreten arteriosklerotischer und seniler Veränderungen zu angeborenen

oder erworbenen Geistesstörungen, namentlich auch zu alkoholischen Psychosen und Schwächezuständen; die Verbindung seniler Rindenverödung mit arteriosklerotischer Hirnerkrankung; die Kombination der Epilepsie mit anderen Äußerungsformen degenerativer Veranlagung sowie von Paralyse und Hirnsyphilis; die seltene Entstehung chronisch paranoider Erkrankungen bei Epileptikern usw.

„Von kombinierten Psychosen“ — so schließt der Vortragende seine Ausführungen — „dürfen wir dann sprechen, wenn sich entweder zu angeborenen Anomalien Geistesstörungen als erworbene Prozesse hinzugesellen, oder wenn eine Geisteskrankheit durch andere, manchmal mehr zufällige Hirnschädigungen (Alkoholvergiftung, Blutgefäßerkrankung, senile Rindenverödung) kompliziert und in ihrem klinischen Bilde und Verlaufe verändert wird.“ (Eigenbericht. Der Vortrag erscheint im Zentr.-Bl. für Nerven- und Psychiatrie.)

Diskussion: *Hess-Stephansfeld i. Els.*: Eine große Verwirrung entsteht dadurch, daß man bei allen möglichen Psychosen von hysterischen Symptomen spricht, wo es sich gar nicht um solche handelt. Es würde viel zur Klarheit beitragen, wenn wir uns daran gewöhnen würden, in diesen Fällen von hysterieähnlichen oder hysteroiden oder pseudohysterischen oder hysteriformen Zeichen zu sprechen. Wenn anatomisch nicht nachweisbar begründete Empfindungsstörungen, Stimmungswechsel usf. häufig bei echter Hysterie vorkommen, so gibt das noch lange kein Recht, diese Erscheinungen kurzweg als hysterische zu bezeichnen oder gar anzunehmen, etwa eine Katatonie, die neben vielen ganz anderen auch derartige Symptome bietet, sei deshalb mit Hysterie kombiniert. Wir wissen, daß sinnlose Größenideen charakteristisch sind für Paralyse, wir finden sie aber auch häufig bei *Dementia praecox* und gelegentlich bei Epilepsie, Alkoholismus, Manie, Paranoia, es fällt uns trotzdem niemals ein, deshalb bei diesen Psychosen von paralytischen Symptomen zu reden oder gar an eine Kombination mit Paralyse zu denken.

Weygandt erkennt den Mittelpunkt der ebenso wichtigen als schwierigen Untersuchungen in der Mahnung zur Vorsicht, vor allem wenn es sich um zwei endogene Formen handelt. Früher ist manche Konfusion zu Tage getreten, so in einem Vortrag vor 6 Jahren, der eine Kombination von 4 Psychosen aufstellen wollte.

Von Epilepsie mit Kretinismus fand sich in einem großen Material nur dreimal eine Kombination.

Sommer: Ein oft erfolgreiches Mittel, um ungewöhnliche Krankheitsbilder im Gebiet der funktionellen Psychosen aufzulösen, ist die Analyse der Heredität in qualitativer Beziehung; z. B. kann eine Doppelbelastung in der Art vorhanden sein, daß in der mütterlichen Reihe mehrere Fälle von psychogenen Störungen, in der väterlichen Ascendenz Demenzformen vorgekommen sind, während sich bei dem Nachkömmling eine funktionelle

Psychose mit hysterischem Anfang und Verfall in Dementia nach Art des primären Schwachsinn zeigt. Die Beachtung der Qualität der Belastung kann im einzelnen vor prognostischen Irrtümern schützen. Dieses phylogenetische Moment verdient ein genaueres Studium.

Kreuser glaubt, daß kombinierte Psychosen doch nicht so selten sind, als der Vortragende annimmt. Auch theoretisch müssen sie eigentlich vorausgesetzt werden. Je mehr wir uns auf den ätiologisch-klinischen Standpunkt stellen, desto mehr müssen wir erwarten, daß die verschiedenen ätiologischen Faktoren, die wir in der Anamnese der meisten psychisch Kranken finden, auch in den klinischen Erscheinungen zum Ausdruck kommen als Mischformen oder Kombinationen. Ganz besonders gilt dies jedenfalls von der Kombination konstitutioneller Psychosen mit intoxicatorischen. Warum sollte ein Hysterischer oder ein Paranoiker nicht alkoholisch oder postsyphilitisch erkranken können? Nicht selten ist auch das Hinzutreten arteriosklerotischer Störungen zu andern Psychosen und erklärt vielleicht am besten die früher verbreitete Anschauung des Übergangs von funktionellen Psychosen in Paralyse.

Gaupp erklärt sich mit den Ausführungen der Herren *Hess*, *Weygandt*, *Sommer* im wesentlichen einverstanden, betont Herrn *Kreuser* gegenüber, daß er das Vorkommen der von ihm genannten Kombinationen in seinem Vortrag ausdrücklich anerkannt habe.

9. Lilienstein-Bad Nauheim: Über die Organisationen zur Bekämpfung des chronischen Alkoholismus in Deutschland.

Die individuelle und sozialhygienische Behandlung des Alkoholismus bereitet in gleicher Weise dem praktischen Arzte wie dem Irrenarzte und den Verwaltungsbehörden große Schwierigkeiten. Einen wichtigen therapeutischen Faktor bildet eine alkoholabstinente Umgebung in und außerhalb der Anstalt. Daher haben die Irrenärzte von jeher Mäßigkeits- und Abstinenzbestrebungen gefördert.

Staat und Gemeinde haben ein ökonomisches und ethisches Interesse an der Bekämpfung des Alkoholismus, Zivilrecht und Strafrecht enthalten dahingehende Bestimmungen. Ebenso gibt es entsprechende gewerbrechtliche und sanitätspolizeiliche Vorschriften.

Bei den religiösen Vereinigungen (Blaues Kreuz etc.) findet sich der Kampf gegen die Trunksucht meist als Nebenzweck. Der Guttemplerorden kämpft dagegen für die Totalabstinenz in seinen Logen auf freier ethischer Grundlage. Geschichte, Organisation und Verbreitung dieser Korporationen in Deutschland werden besprochen. Ebenso werden die Abstinenz- und Mäßigkeitsvereine in Deutschland bezüglich ihrer Tendenzen und Verbreitung charakterisiert. (Es finden sich ca. 35 000 Totalabstinente in Deutschland.) Erwähnt wird der internationale Alkoholgegnerbund, der Verein abstinenten Ärzte, die Vereinigungen der abstinenten Lehrer, der abstinenten Kaufleute, Arbeiter, Schüler, Frauen, Pastoren, des deutschen Vereins gegen den Miß-

brauch geistiger Getränke, des Zentralverbands zur Bekämpfung des Alkoholismus, des Vereins für Gasthausreform. Der Streit zwischen Mäßigkeits- und Abstinenzvereinen erscheint wegen des gleichen Endziels überflüssig, beide verdienen seitens der Ärzte und speziell der Nerven- und Irrenärzte gefördert zu werden. (Autoreferat.)

Vortrag erscheint ausführlich in der Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie.

Diskussion: *Neumann-Karlsruhe*: Das Großherzogtum Baden wird durch die Tätigkeit des Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke voraussichtlich schon im nächsten Jahre eine Trinkerheilstätte für 25 männliche Kranke erhalten. Die Landesregierung hat einen Beitrag zu den Baukosten in der Höhe von 20000 M. zugesagt.

Fürer-Rockenau: Eine sehr wichtige Stelle unter den Organisationen zur Bekämpfung des Alkoholismus nehmen die Trinkerheilstätten ein. Man müsse rechtzeitig davor warnen, diese Anstalten aus den Händen der Ärzte zu geben, das kurpfuschende Laienelement großzuziehen. Die Trinker seien Kranke und damit sei ihre Behandlung Sache der Ärzte. Eine Anstalt für derartige Kranke, deren Arzt nicht total abstinenter ist, sei ein Unsinn. Jeder geheilte Alkoholkranke müsse möglichst ein eifriger Agitator für die Abstinenzidee werden.

Es wird Schluß der Debatte angeregt.

Sommer: Wenn ich für Schluß der Debatte gestimmt habe, so geschah es lediglich im Interesse der weiteren Tagesordnung. Es würde sich empfehlen, das Thema der Bekämpfung des Alkoholismus im nächsten Jahre durch Referat zu behandeln.

Lilienstein weist *Neumann* gegenüber auf die Erfahrungen in der Schweiz (*Frank*) hin, die eine Verbindung der Trinkerheilstätten mit den Abstinenzorganisationen erwiesen haben. Kollege *Fürer* gegenüber betone ich, daß ich auch in den Abstinenzorganisationen die Führung dringend in die Hände der Ärzte wünsche.

Frank: Wegen der Kürze der Zeit muß ich mich auf den einen Punkt beschränken, die Wichtigkeit der Mitwirkung der Ärzte, bes. der Irrenärzte bei der Trinkerheilung hervorzuheben. Wenn wir uns auch hier gegen das Kurpfuschertum wenden wollen — und das wollen wir mit allen Kräften —, so müssen wir vor allem danach streben, uns mit der Materie selbst vertraut zu machen. So lange aber Laien bei der Trinkerheilung mehr leisten, als wir Ärzte, wenn sie sich in der Öffentlichkeit besser orientiert zeigen, als wir, so leisten wir selbst dem Kurpfuschertum Vorschub; darüber kann kein Zweifel sein. Ich kann heute nicht weiter hierauf eingehen, aber gegenüber Herrn Kollegen *Fürer* muß ich darauf hinweisen, daß eben die Trinkerheilung ihre Eigentümlichkeiten hat und zwar derartige, daß wir des Laienelementes nicht entraten können. Da ich mich hierüber schon ausdrücklich ausgesprochen habe auf Grund meiner Erfahrungen in der Schweiz, so möchte

ich diese Frage hier nicht weiter erörtern. Wir Irrenärzte müssen uns, wenn wir auch auf diesem Gebiete unsere Pflicht tun wollen, direkt mit der Propaganda für die Abstinenz beschäftigen. Das mag nicht gerade jedem angenehm und bequem sein — es ist auch nicht jedermanns Sache —, das gebe ich zu. Tatsache aber ist es und wird es bleiben, daß nur durch die Abstinenzvereine das Volk genügend über die Alkoholfrage aufgeklärt wird. Hierdurch allein können wir prophylaktisch wirken für die Gesunden; aber auch für die geheilten Trinker schaffen wir ein verständiges Milieu, das sie vor dem Rückfall schützt. Wir Irrenärzte gewinnen durch eine solche Tätigkeit selbst in wissenschaftlicher, wie ethischer Hinsicht; wir gewinnen Einblicke in soziale Verhältnisse, die für uns außerordentlich wertvoll sind.

Weygandt: Wir Irrenärzte sind ziemlich einig darin, daß eine Trinkerheilanstalt und besonders ihr ärztlicher Chef abstinent sein muß. Ein Referat würde uns nichts Neues bieten. Aber für die Versammlung der Neurologen und Psychiater in Baden-Baden würde sich das Referat sehr gut eignen, um wenigstens unter den Internisten unter Neurologen wirksam Propaganda zu machen.

10. *Sommer:* Objektive Darstellung katatonischer Muskelzustände.

Sommer berichtet über eine Versuchsreihe, die zur Bearbeitung einer von der medizinischen Fakultät in Gießen gestellten Preisaufgabe in bezug auf die katatonischen Muskelzustände von Dr. C. *Ermes* ausgeführt worden ist. Es wurde der von *Sommer* angegebene Apparat zur dreidimensionalen Analyse der Beinbewegungen benutzt, mit der Ergänzung, daß an Stelle von beruhten Trommeln fortlaufendes Papier zur Registrierung verwendet wurde. Die Aufgabe bestand darin, bei sitzender Stellung des Körpers den Unterschenkel horizontal ausgestreckt zu halten, bis völlige Ermüdung eintrat. Zunächst ergaben die Versuche bei normalen jungen Männern, daß das Durchschnittsmaß der Leistung zirka 7 Minuten beträgt. Dem gegenüber wurden bei Katatonischen Kurvenlängen bis über 20 Minuten beobachtet, während die Beobachtung an sieben andern pathologischen Fällen mit einer Ausnahme (Epilepsie) unternormale Werte ergaben, davon betrafen drei Hysterie, einer Paralysis agitans, einer Alkoholismus, einer Idiotie. In den Tabellen, die *Ermes* in seiner Doktorarbeit zusammengestellt hat, tritt hervor, daß die Dauer der Haltung nicht von der ersichtlichen Stärke der Muskulatur abhängt, sondern auf einer zerebralen Funktion zu beruhen scheint. Nach den Ermüdungserscheinungen, die sich auf den Kurven sehr deutlich darstellen, gliedern sich die Normalen in mehrere Gruppen, in denen bestimmte Dispositionen zutage treten. In mehreren katatonischen Kurven sind neben kataleptischen Erscheinungen deutliche Ermüdungsphänomene ersichtlich. *Sommer* knüpft an die vorgelegten Kurven eine Anzahl von Betrachtungen über den Ausdruck latenter Dispositionen in motorischen Formen, über die natürliche Gruppierung individual-psychologischer Faktoren, ferner über die

verschiedenen Arten von Ermüdungserscheinungen und das Verhältnis dieser zu kataleptischen Zuständen bei Katatonie.

11. Thoma-Illenau: Über den Bewußtseinszustand sogenannter Medien.

Ich hatte vor einiger Zeit Gelegenheit, mehrere Personen zu beobachten, die als Medien bei spiritistischen Sitzungen verwendet wurden.

Speziell eines der leistungsfähigeren konnte ich genauer untersuchen und will ich dessen Krankheitsgeschichte kurz folgen lassen.

Es handelt sich um ein sogenanntes Schreib- und Sprechmedium, d. h. die Person erhielt allerhand Mitteilungen aus der Geisterwelt, die von derselben entweder durch automatisches Schreiben mit dem Psychographen oder dem Bleistift oder durch Reden im Trancezustande wiedergegeben wurden. Es sah auch Geister etc. Sie wußte nicht, was sie schrieb, wenigstens konnte sie daneben über ganz andere Dinge reden. Für die Reden im Trance bestand ebenfalls danach Amnesie. Ich führe dies nur an, um zu zeigen, daß es sich um ein wirkliches spiritistisches Medium handelte. Die Person handelte bona fide und war von ihrer Fähigkeit, mit Geistern zu verkehren, überzeugt. Betrug ist auszuschließen. Es war kein professionelles Medium, hatte keinen Gewinn davon, zeigte sich nur privat, war auch erst kurz zuvor entdeckt und früher noch nicht mit dem Spiritismus in Berührung gekommen.

Die Untersuchung ergab kurz folgendes:

Frau F. B. Mitte der Dreißiger, Witwe, ist eine erblich mit Phthise, nervös aber angeblich nicht belastete Person von blassem, etwas hektischem Aussehen, ohne nachweisbare Erkrankung innerer Organe. Krankheiten hat sie, abgesehen von Magenbeschwerden, früher keine durchgemacht, nur will sie schon immer etwas nervös gewesen sein.

Sie hat eine gute, etwas orthodoxe Erziehung erhalten, war als Buchhalterin angestellt und beschäftigt sich nebenbei noch mit Schriftstellerei. Sie war nicht glücklich verheiratet gewesen und hat eine Tochter im Alter von 14 Jahren, die gesund ist.

Pat. ist eine grazil gebaute, mäßig ernährte, ziemlich anämische Person, ohne äußere Degenerationszeichen. Die inneren Organe sind wie erwähnt normal. Ovarie ist keine vorhanden. Pupillen und Sehnenreflexe sind normal.

Der Gaumensegelreflex wird verspätet ausgelöst und ist sehr schwach.

Druckpunkte sind keine vorhanden. Die Muskelkraft ist normal und beiderseits gleich. Keine Ataxie der Bewegungen, kein Romberg.

Die Sensibilität ist dagegen vielfach gestört. Hyperästhetische, anästhetische und analgetische Hautpartien finden sich sowohl an den Extremitäten, als am Rumpf und im Gesicht. Weiterhin fand sich eine beträchtliche konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Menses, Darmfunktion und Urinsekretion waren normal. Die letztere frei von Eiweiß und Zucker. Diese objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen: gestörter Rachenreflex, Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeldeinengung, deuten sofort darauf hin, daß wir es

mit einer Hysterika zu tun haben. Die im allgemeinen als pathologische psychische Symptome der Hysterie aufgefaßten Erscheinungen aber fehlten wieder größtenteils. Demonstratives, aufdringliches oder übertrieben prüdes Verhalten fehlten.

Pat. blieb bei ihren Antworten auch stets bei der Wahrheit und übertrieb in nichts. Überhaupt machte sie damals einen ruhigen, keineswegs nervösen Eindruck.

Subjektive Beschwerden wie Globus, Neuralgien etc. wurden nicht geäußert. Ebenso wenig andere hypochondrische Beschwerden. Eine andere psychische Erscheinung war dafür um so stärker ausgeprägt, die Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit. Diese Eigenschaft trat in auffälligster Weise hervor.

Es gelang, Patientin nicht nur bei der ersten Begegnung durch einmalige Aufforderung, zu schlafen, in Hypnose und zwar sofort in den somnambulen Zustand zu versetzen, sondern es gelang auch ohne weiteres eine Reihe von Suggestionen, die sonst nur in der Hypnose eingeführt werden können, im wachen Zustande einzuführen.

Ich sage z. B. zu der Person, während sie völlig wach ist, sie könne einen vor ihr stehenden Gegenstand nicht berühren, tatsächlich ist sie dann nicht imstande, näher als auf einige Zentimeter mit der Hand an denselben heranzukommen. Strengt sie sich an, um ihn zu erreichen, so wird erst die Hand, dann der Arm von kataleptischer Starre befallen.

Es lassen sich so im wachen Zustande kataleptische Erscheinungen, Sensibilitätsstörungen, Analgesie, Illusionen und selbst Halluzinationen hervorrufen. Das letztere allerdings schwerer. Was den sogenannten Trancezustand betrifft, so ließ sich derselbe durch Hypnose hervorrufen oder Pat. verfiel durch Autosuggestion in denselben. Ihr Verhalten dabei war wie das Hypnotisierter im somnambulen Zustande. Die Schmerzempfindlichkeit war aufgehoben, es ließen sich kataleptische Erscheinungen hervorrufen, auch anderen Suggestionen wurde Folge geleistet.

Nachher bestand Amnesie. Die in diesem Zustande gehaltenen Reden wurden mit großer Beredsamkeit vorgebracht und enthielten natürlich Dinge, die in dem Bewußtsein des Mediums vorhanden waren und ihrem Bildungsgrad entsprachen. Frappant war nur das Gedächtnis. Die Person stand unter der Suggestion, daß der Geist ihrer Mutter aus ihr spreche und verhielt sich dementsprechend, ganz wie dies ja auch sonst bei Hypnotisierten vorkommt, denen man suggeriert, sie seien Prediger usw.

Das Auffällige an dem Verhalten der Pat. war jedenfalls das, daß die Person völlig der Spielball jeder Suggestion war, sowohl im Wachen wie im Trance. Der Zustand, in dem sich die geschilderte Pat. beständig befindet, dürfte identisch sein mit demjenigen Hypnotisierter im somnambulen Zustande. Bemerkenswert ist nur, daß sie sich auch während des Wachens ebenso verhält und dabei einen Grad der Suggestibilität erreicht, wie er sonst nur in tiefer Hypnose gefunden wird. Nach dem Vorgegangenen ist nun nicht zweifelhaft, daß der beschriebene Zustand unter die hysterischen zu rechnen

ist, zumal wenn wir mit *Kräpelin* die Hysterie als einen abnormen Seelenzustand ansehen, bei welchem krankhafte Veränderungen des Körpers durch Vorstellungen hervorgerufen werden können. Wollen wir jedoch den Zustand etwas genauer bezeichnen, da mit Hysterie wenig gesagt ist, insofern bei weitem nicht alle Hysterischen die oben beschriebenen Erscheinungen zeigen und gerade das Hauptsymptom, die Suggestibilität, nicht genügend hervorgehoben erscheint, so könnte man ihn vielleicht, wie dies auch schon geschehen ist, als natürlichen Somnambulismus bezeichnen. Wahrscheinlich befinden sich die meisten spiritistischen Medien, soweit sie nur automatisch Suggestiverscheinungen bieten und sich nicht etwa als Professionels dem Schwindel ergeben haben, in diesem Zustande, wenigstens haben auch andere derartige von mir untersuchte Personen mehr oder weniger dieselben Erscheinungen geboten.

Meine Herrn! Diese einfachen Suggestivwirkungen mit ihrer stereotypen Wiederkehr und ihrem monotonen Verlauf würden nun wohl kaum den Medien beim Publikum auf die Dauer ihren Nimbus erhalten, wenn nicht von Zeit zu Zeit Berichte auftauchten von besonders hervorragenden Leistungen derselben, die auch von Leuten bestätigt werden, die noch nicht den Gipfel der Gläubigkeit erklommen haben, wie die meisten der Teilnehmer an den gewöhnlichen spiritistischen Sitzungen.

Ich meine die Leistungen, die man als telepathische bezeichnet.

Immer wieder werden Fälle von sogenannter Gedankenübertragung angeführt, nicht etwa solche nach Art der *Cumberlandischen* oder *mnemotechnischen* Triks, sondern wirkliche, ohne Vermittelung der Sinne. Ich will hier keine diesbezüglichen Fälle anführen, da solche zur Genüge bekannt sind.

Nun hat *Löwenfeld* vor einiger Zeit die Ergebnisse von Versuchen veröffentlicht, die darin gipfeln, daß eine geistige Fernwirkung möglich ist ohne Vermittelung der uns bekannten Sinne. Dazu sei eine Konzentration des Denkens von seiten des Agenten auf diejenigen Bewußtseins Elemente, die dem Perzipienten mitgeteilt werden sollen, notwendig und endlich befördere der hypnotische Zustand des Perzipienten die Empfänglichkeit für telepathische Einwirkungen.

Ähnliche Versuche habe ich nun an einem Hypnotisierten unter freundlicher Beihilfe von Herrn Dr. *Schultes* gemacht und bin ich zu ganz ähnlichen Resultaten gekommen.

Bei der Ausführung der Versuche war ich mir der Fehlerquellen wohl bewußt. Die wichtigsten und zu den größten Fehlern Veranlassung gebenden dürfte die (bewußte oder unbewußte) Täuschung von seiten des Objekts sein. Das Zweite, worauf man sein Augenmerk zu richten hatte, war, die Quellen etwaiger Sinnestäuschungen zu verstopfen.

Ich wählte daher zunächst keine der oben erwähnten natürlichen Somnambulen, die mit ihrem hysterischen Charakter und vielen Autosuggestionen zu unzuverlässig sind, sondern eine durch Hypnose künstlich somnambul gemachte Person.

Die Versuchsperson war ein damals etwa 18jähriger Mechanikerlehrling, den ich wegen einer trophischen Neurose der Haut längere Zeit hypnotisch behandelt hatte. Ich habe den Fall seinerzeit hier vorgetragen. Der Vorteil war, daß ich den Mann, den Sohn eines Angestellten der Anstalt, genau kannte. Vor allem dessen geistige Fähigkeiten. Er war mäßig begabt, zeigte zur Arbeit wenig, dagegen zu allerhand Streichen umso mehr Neigung. Außerdem aber war mir seine Reaktionsweise auf die Hypnose genau bekannt und bot er sämtliche Erscheinungen derselben in geradezu klassischer Weise dar. In jener Zeit war er in eine solche autosuggestive Abhängigkeit geraten, daß ein kurzer Blick oder ein schriftlicher Befehl von mir, selbst durch dritte Personen überbracht, genügte, den Mann, wo er ging und stand, in Hypnose zu versetzen.

Dies alles dürfte für das Gelingen der Versuche nicht ohne Bedeutung sein.

Bei der Ausführung der Versuche war stets eine Kontrollperson zugegen. Mit Rücksicht auf die geschärften Sinne Hypnotisierter mußte die Möglichkeit, daß etwa Blicke aufgefangen oder Muskelbewegungen übertragen wurden, oder auch Flüstersprache gehört wurde, ausgeschlossen werden.

Die Versuchsperson wurde nun an das eine Ende des Zimmers mit dem Gesicht gegen die Wand oder Fenster an einen Tisch gesetzt und in Hypnose, und zwar in den somnambulen Zustand versetzt, was jeweils durch Prüfung der Sensibilität und Reaktion auf sonstige Suggestionen festgestellt wurde. Der Untersuchende stellte sich hierauf auf Zimmerlänge hinter dem Rücken des Hypnotisierten auf. Es werden dann Spielkarten, *Snellensche* Tafeln oder aber verschiedenartige Gegenstände auf den Tisch vor den Hypnotisierten hingelegt.

Der Untersuchende konzentriert dann mehrere Sekunden seine Gedanken auf einen der Gegenstände oder Buchstaben, worauf dem Hypnotisierten zugerufen wird, das Gewünschte mit der Hand zu bezeichnen. Um jede Benennung oder sonstige Bezeichnung zu vermeiden, wurde das Gewünschte jeweils nur mit einem weichen Bleistift in ein Buch geschrieben, wie erwähnt mehrere Meter hinter dem Rücken der Versuchsperson. Die Resultate einer einmal hintereinander angestellten Versuchsreihe waren folgende: Bei *Snellenschen* Tafeln z. B. wurden von fünf Fragen viermal nacheinander das Richtige getroffen. Unter fünf offen gelegten Spielkarten wird ebenfalls viermal nacheinander das Richtige getroffen. Das fünfte Mal nach Suchen. Ebenso bei einer größeren Anzahl (20) andere Gegenstände.

Bei leichten Versuchen, z. B. zwei $\frac{1}{2}$ m voneinander gelegten Spielkarten, wird von 20 Fragen keine verfehlt.

Der Prozentsatz der Treffer war also ein sehr hoher und ziemlich der gleiche bei allen angestellten Versuchen, so daß von einem Zufall wohl nicht gesprochen werden kann. Z. B. bei *Snellenschen* Tafeln statt 4% der Wahrscheinlichkeit 80%. Bei den andern angeführten Versuchen statt 20% 80% und statt 50% 100%.

Daß bei einer größeren Anzahl von Gegenständen oder Buchstaben nicht längere Versuchsreihen gemacht wurden und daß jeweils der letzte Versuch von fünf un sicher war oder mißlang, rührt davon her, daß der Hypnotisierte rasch ermüdete und unruhig wurde, so daß er, auch wenn nichts von ihm verlangt wurde, bei geschlossenen Augen mit der Hand in der Luft herumtastete und griff, auch wohl zu sprechen an fing. Man mußte ihn dann zur Ruhe bringen, ihm suggerieren, daß nichts zu suchen sei und daß er ausruhen und schlafen solle. Nach einigen Minuten Schlaf konnte man dann eine neue Versuchsreihe beginnen. Dabei pflegten wir ebenfalls der Ruhe halber den Gegenstand zu wechseln. Man sollte jedesmal nach vier bis fünf Fragen einige Minuten Schlaf einschalten. Jedenfalls sowie man bemerkt, daß der Hypnotisierte unruhig wird. Die Ermüdung zeigt sich schon in der Art des Auffindens. Während beim Beginn der Versuche äußerst prompt reagiert wird, so daß z. B. wenn man das Gewünschte niederschrieb, oft schon beim Ansetzen des ersten Buchstabens danach gegriffen wurde, muß bei längerer Dauer der Versuche öfters gesucht werden.

Gerade aber die Art des Suchens ist charakteristisch, insofern die Versuchsperson beim Berühren eines falschen Gegenstandes heftig zusammenzuckt und zurückfährt.

Was nun das Resultat dieser Versuche betrifft, so ist es dasselbe, zu dem *Löwenfeld* kommt, daß eine geistige Fernwirkung ohne Vermittelung der Sinne möglich ist. Dabei muß die Versuchsperson in Hypnose sein und der Untersuchende muß seine Gedanken auf bestimmte Bewußtseins elemente konzentrieren. Dieses letztere ist jedenfalls nötig, wo es sich um Versuche handelt, da sonst eine Kontrolle wohl nicht möglich ist.

Prinzipiell notwendig dürfte es aber nicht sein, da ein Unterschied in der Sicherheit bei mehr oder minder angestrenzter Konzentration nicht zu bemerken war. Das rasche Zugreifen im Beginn der Versuche, oft wenn kaum begonnen wurde den Gegenstand aufzuschreiben, spricht dafür, daß unter günstigen Umständen wohl jeder im Bewußtsein vorhandene Gedanke übertragen werden kann.

Da man auch nicht weiß, was am leichtesten übertragen wird, so dürften gerade bei bewußter Konzentration viele Fehler und unnötige Arbeit mit unterlaufen. Auch ist es gar nicht so leicht und muß geübt sein, bei einer Reihe von gleichartigen Gegenständen, die man aus der Entfernung mit einem Blick erfassen kann, sich auf einen zu konzentrieren.

Nimmt man nun an, daß eine geistige Fernwirkung auf Hypnotisierte überhaupt möglich ist, zunächst mit darauf gerichteter Absicht, vielleicht auch ohne dieselbe, so hätten wir eine Erklärung für die den Medien in seltenen Fällen zugeschriebenen telepathischen Fähigkeiten. Eingangs habe ich nachzuweisen versucht, daß diese als Medien zur Verwendung kommenden Personen sich häufig schon im Wachen mehr noch im Trance in einem hypnotischen Zustande befinden. Es dürfte daher kaum zu gewagt sein zu behaupten, daß wenn auf Hypnotisierte überhaupt, dann sicher auf diese permanent in einem hypnotischen Zustande befindlichen Personen eine telepathische

Gedankenübertragung möglich ist, zumal diese wohl die höchsten Grade der Hypnotisierbarkeit darstellen.

Aus dem andauernden Befinden in einem hypnotischen Zustand, der daraus hervorgehenden leichten Suggestibilität, dem Beherrschtsein von Autosuggestionen und endlich der Möglichkeit gewisser telepathischer Wirkungen, lassen sich wohl die meisten der als psychische Leistungen der Medien bezeichneten Erscheinungen erklären. Auf welche Weise eine derartige Fernwirkung etwa zustande kommen könnte, läßt sich nicht sagen. Nahe liegt, wie dies auch *Löwenfeld* tut, dieselbe mit einer Bewegungsübertragung nach Art der Induktion oder der Funkentelegraphie zu vergleichen. Mit unseren physikalischen Anschauungen über die Gehirntätigkeit oder über den anatomischen Aufbau des Zentralnervensystems, namentlich den neusten, steht eine derartige Auffassung nicht im Widerspruche. Weit entfernt jedoch, an diese wenigen Versuche irgend welche Folgerung oder Reflexionen anknüpfen zu wollen, habe ich mir deshalb erlaubt, Ihnen diese Fälle vorzuführen, um zu einer Nachprüfung anzuregen.

Wir mußten aus Mangel an Material die weiteren Untersuchungen einstellen. Bekanntlich bietet das Land besonders aber die Irrenanstalt selbst nur ein sehr dürftiges Material für hypnotische Untersuchungen. Wer dagegen mit einer größeren Stadt in Verbindung steht, ist in ungleich günstigerer Lage und richtet sich daher an diese Herrn Kollegen in erster Linie meine Aufforderung, geeignete Personen auch auf die oben geschilderten Erscheinungen hin zu untersuchen.

Diskussion: *Wildermuth* fragt an, ob seitens *Richer* neuere Äußerungen über Telepathie vorliegen. *Richer* hat sich früher für deren Möglichkeit ausgesprochen.

Frank: Die Mitteilungen des Herrn Kollegen *Thoma* haben mich sehr interessiert, weil sie die Erinnerung an gleiche Experimente in mir wachriefen, denen ich als junger Student beizuwohnen Gelegenheit hatte, bei denen ich selbst einmal — da ich sehr ungläubig war — als Medium diente. Später versuchten wir im Burghölzli unter Leitung meines Chefs, Herrn Prof. *Forel*, die Experimente zu wiederholen. Sie gelangen nicht. Die Experimente wurden zu einer Zeit gemacht, wo man die Hysterischen noch für die besten Medien hielt. Dann kamen wir aber nie wieder darauf zurück, da die Versuche sehr mühsam und zeitraubend sind. Trotz des s. Z. an mir gelungenen Versuches bin ich noch nicht davon überzeugt, daß es eine Telepathie gibt. Wer recht aufmerksam und vorsichtig mit Hypnotisierten zu experimentieren gelernt hat, weiß, wie außerordentlich leicht die allergeringsten, zunächst gar nicht beachteten Einflüsse auf ein Medium wirken können. Ich konnte solche Einflüsse damals als Medium und zumal als in solchen Experimenten noch ganz unerfahrener Student auch übersehen haben und bin nicht geneigt, unser ganzes Wissen, resp. unsere Anschauungsweise über die Funktionen unseres Nervensystems so schnell preiszugeben. Aber ebenso

wenig wissenschaftlich wäre es m. E., wenn wir die immer und immer wieder behaupteten telepathischen Erscheinungen einfach negieren ohne Nachprüfung, ohne ganz exakte, mit allen Cautelen durchgeführte wissenschaftliche Experimente. Gelingen diese von dazu wirklich befähigten Experimentatoren gemachten Versuche nicht, so können ja immer noch Zweifel bestehen bleiben. Haben wir aber einen exakt wissenschaftlichen Nachweis dieser Erscheinungen, so haben wir doch einen Fortschritt gemacht und wir müssen uns dazu bequemen, unsere jetzigen Anschauungen zu revidieren.

Bökelmann-Kork weist auf Untersuchungen hin, die nach *Löwenfeld* „Somnambulismus und Spiritismus“ von französischen Forschern hinsichtlich der Frage der Telepathie angestellt worden sind.

Sommer: Psychische Telepathie oder Telenergie kann methodologisch erst dann in Betracht kommen, wenn jede psychologische oder mechanische Vermittlung bekannter Art völlig ausgeschlossen ist. In den meisten Fällen läßt sich die Art der Beziehung deutlich erkennen. Bei Übertragung von Melodien nach Berührung mit den Händen kommen unwillkürliche rhythmische Ausdrucksbewegungen zur Wirksamkeit. Auch können physiognomische Zustände die Vermittlung herstellen.

Die suggestiven Momente sind nur ein Teil der psychologischen, die z. B. auch in gleichartigen Assoziationen bestehen können. In jedem Fall, z. B. auch in dem von Herrn Kollegen *Frank* mitgeteilten (Ergreifen einer Wasserflasche im Halbdämmerzustande, entsprechend dem Willen einer anderen Person) muß geprüft werden, in welcher Weise der betreffende Gegenstand auf die Vorstellungen beider Personen eingewirkt haben kann.

Eine große Bedeutung haben bei der Übertragung die unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen, die sich mit motorischen Methoden bei Experimenten über Gedankenlesen darstellen lassen. Dieses Moment ist einer exakten Prüfung zugänglich.

Friedmann warnt davor, unsere Versammlung zu einer autoritativen Äußerung zu veranlassen über den Gegenstand der Telepathie, bei welcher feinste Ausdrucksbewegungen in Frage kommen, welche wir noch nicht genügend kennen und in der Art, wie sie Prof. *Sommer* vorhin in seinem Vortrag behandelt hat.

Übrigens hat es solche Medien, wie sie Herr *Thoma* uns geschildert hat, im Anfang des letzten Jahrhunderts in sehr großer Zahl gegeben.

Es sei Sache der psychologischen Laboratorien, die Frage mit allen Cautelen zu untersuchen.

Gaupp: Herr *Thoma* hat in seinem Vortrag über eine Reihe von „telepathischen“ Erscheinungen berichtet, bei denen nach seiner Überzeugung jede absichtliche Täuschung ausgeschlossen sei. Herr *Frank* hat ähnliche telepathische Phänomene geschildert, bei denen er selbst das Medium gewesen war. Würde es sich bei den genannten erstaunlichen Fähigkeiten und Leistungen der Medien wirklich um telepathische Tatsachen handeln, so müßten uns diese Tatsachen zu einer Änderung unseres ganzen naturwissen-

schaftlichen Denkens sowie unserer wissenschaftlichen Psychologie zwingen: sie wären also von folgenschwerer Bedeutung. Ehe wir aber eine solche Änderung vornehmen können und wollen, müssen wir erst von der Echtheit der geschilderten Phänomene überzeugt sein. Die bisherige Geschichte des Okkultismus und der Telepathie berechtigt uns zu äußerster Skepsis. Nur eigene Beobachtungen und Untersuchungen werden einem naturwissenschaftlich geschulten Arzt das Mißtrauen nehmen können. Bei der Bedeutung, welche die angeregten Fragen für unsere Grundanschauungen haben, erscheint ein genaueres Studium der von den Herren *Thoma* und *Frank* berichteten telepathischen Erscheinungen geboten. Nachdem sie in unserer Versammlung geschildert und somit gewissermaßen wissenschaftlich legitimiert worden sind, empfehle ich die Einsetzung einer Kommission zur genaueren Prüfung und Berichterstattung nach zwei Jahren.

Die Versammlung stimmte diesem Vorschlag des Herrn *Gaupp* zu und wählte als Mitglieder der Kommission die Herren *Frank*, *Gaupp*, *Hecker*, *Sommer* und *Thoma*.

Thoma: Herrn *Gaupp* erwidere ich, daß es mir, wie ich in dem Vortrage betont habe, durchaus ferngelegen hat, aus den wenigen Versuchen irgend welche Konsequenzen zu ziehen, zumal ich auch meine bisherigen Anschauungen ändern müßte.

Wenn ich auch bei den Untersuchungen mit großer Vorsicht und Mißtrauen vorgegangen zu sein glaube, bin ich gleichwohl nicht sicher, ob nicht vielleicht doch eine andere Übertragung als eine telepathische auf den Hypnotisierten stattgefunden hat.

Gerade deshalb aber habe ich den Fall hier vorgebracht, weil er mir wichtig genug schien, nachgeprüft zu werden. —

Erwähnen möchte ich noch, daß schwer hysterische Personen, wegen vieler Autosuggestionen, nur mit Vorsicht zu diesen Versuchen zu verwenden sind.

12. *Nissl*: Zur Lehre der Hirnlues.

Vortragender geht von der Behauptung *Mahaim's* aus, daß man die diffuse Hirnlues nicht von der Paralyse anatomisch zu unterscheiden vermöge. Will man zu dieser Frage Stellung nehmen, so muß man vor allem unter den Fällen von Hirnlues eine Scheidung vornehmen; es sind solche Fälle von Hirnlues, bei welchen Adventitialinfiltrate auftreten, scharf von jenen zu trennen, bei denen man keine Adventitialinfiltrate beobachtet. Hinsichtlich der anatomischen Differenzialdiagnose kommen der Paralyse gegenüber überhaupt nur erstere in Betracht. Vortragender erörtert, daß jene Fälle von Hirnlues aus dieser Betrachtung ausscheiden, bei welchen die sogenannte syphilitische Neubildung in Form abgegrenzter Tumoren auftritt oder bei denen sich die cirkumskripte Geschwulstbildung mit der diffusen gummösen Neubildung vereinigt. Es kann sich also in differentialdiagnostischer Hinsicht gegenüber der Paralyse nur um solche Fälle von Hirnlues

handeln, in denen die gummöse Neubildung ausschließlich in Form diffuser flächenhafter Verbreitung auftritt. Mit andern Worten: Gegenüber der Paralyse kommen differentialdiagnostisch überhaupt nur jene Fälle in Betracht, die als Meningo-encephalitis und Meningo-myelitis gummosa diffusa bezeichnet werden. Vortragender kennt aber bis jetzt keinen Fall von reiner diffuser Meningo-encephalitis gummosa ohne gleichzeitige Meningo-myelitis gummosa. Schon dieser Umstand allein schützt vor einer Verwechslung solcher Prozesse mit der Paralyse. Aber auch die Art der Verteilung und Lokalisation der Infiltratzellen ist bei der Meningo-encephalitis und Meningo-myelitis gummosa eine andere als bei der Paralyse. Vortragender weist auf die Ähnlichkeit solcherluetischer Prozesse mit den analogen tuberkulösen Vorgängen, ja sogar mit der sogenannten diffusen Sarkomatose der Rückenmarkshäute hin.

Vortragender stimmt *Mahaim* nur insofern zu, als die Infiltratzellen an sich — Lymphocyten und Plasmazellen — von den Infiltratzellen der Paralyse nicht unterschieden werden können. Es leugnet auch nicht die Möglichkeit der Existenz einer reinen diffusen Meningo-encephalitis gummosa ohne Meningo-myelitis gummosa, ja er geht noch einen Schritt weiter und erklärt auch das Auftreten einer reinen Encephalitis diffusa als im Bereich der Möglichkeit liegend, aber einen Beweis für die Existenz solcher Formen hat bis jetzt noch niemand erbracht.

Mahaim stützt seine Behauptung, daß wir den paralytischen Prozeß noch nicht anatomisch von der diffusen Hirnlues zu unterscheiden vermögen, darauf, daß wir die Scheiden-Infiltrat-Zellen in vielen Fällen von Hirnlues nicht von denjenigen der Paralyse zu unterscheiden vermögen. So richtig diese Angabe an sich auch ist, so beweist sie absolut nicht, daß man die Paralyse von der Hirnlues anatomisch nicht auseinander zu halten vermag. Konsequenterweise müßte man sagen, wir können auch nicht gewisse frische tuberkulöse Erkrankungen, vor allem aber nicht akute und subakute nicht-eitrige Encephalitisformen, nicht Idiotien und Epilepsieformen, die sich auf Grund einer subakuten nicht eitrigen Encephalitis entwickeln, von der Paralyse anatomisch unterscheiden. Nichts würde dem Fortschritt in der Erkenntnis des paralytischen Prozesses mehr hinderlich sein, als wenn wir die Diagnose desselben von der Anwesenheit von Gefäßcheiden-Infiltraten allein abhängig machten. In der Irrenanstaltspraxis ist der Nachweis der Plasmazellen- und Lymphocyten-Infiltrate gewiß von der allergrößten Bedeutung, einfach deswegen, weil die Encephalitisformen und jene Idiotien und Epilepsien, die auf encephalitischer Basis beruhen, klinisch nur ausnahmsweise den Verdacht auf Paralyse hervorrufen, für den Histopathologen aber, der den paralytischen Prozeß möglichst scharf von andern Rindenprozessen abzugrenzen sucht, sind die Plasmazellen- und Lymphocyten-Infiltrate absolut nichts anderes als ein einzelnes Krankheitszeichen, dessen Bedeutung keineswegs unterschätzt werden darf, dessen Vorhandensein an sich aber noch nicht die Diagnose der Paralyse sichert.

In der anatomischen Diagnose der Paralyse ist keine einzelne Veränderung ausschlaggebend; bis jetzt ist kein einzelner Befund bekannt, dessen Nachweis allein die Diagnose der Paralyse sichert. Ausschließlich maßgebend ist das Ensemble der Veränderungen; dieses ist aber ein derartiges, daß man ohne Kenntnis des Falles aus den anatomischen Präparaten allein sicher die Diagnose der Paralyse zu stellen imstande ist.

Erstens: Der paralytische Prozeß ist in dem Sinne diffus, daß man zwar überall in der Rinde Veränderungen findet, aber mit der Einschränkung, daß diejenigen Veränderungen, welche die Diagnose der Paralyse sichern, nicht gleichmäßig über die Gesamtrinde verbreitet sind, sondern sich an bestimmten Regionen lokalisieren. Dieser Umstand rechtfertigt die Unterscheidung von typischen und atypischen Paralyse.

Zweitens: Jene Veränderungen, die in ihrer Gesamtheit die Diagnose der Paralyse sichern, sind: 1. erheblicher Schwund der Tangentialfasern und der supraradiären Fasermassen, 2. Vermehrung und Verdickung der Gliafasern der Gliahülle und in den angrenzenden Gebieten; Vermehrung und Verdickung der Gliafasern in der Umgebung vieler Gefäße, erhebliche Vermehrung der Gliazellen mit progressiven Veränderungen an den Kernen und gleichzeitiger Verdichtung und Vergrößerung der Zelleibsubstanz, Abscheidung von vorzugsweise dicken Gliafasern vom gliösen Protoplasma, ohne daß sich die Fasern regelmäßig vom gliösen Zelleib separieren; Gliazellenrasenbildungen; 3. Auftreten aller möglichen Erkrankungsformen der Nervenzellen; am häufigsten tritt wohl die sogenannte chronische Erkrankung der Nervenzellen auf; 4. die Adventitialräume vorzugsweise der mittelgroßen Gefäße enthalten Plasmazellen und Lymphocyten und vereinzelt auch Mastzellen. In den Adventitialzellen selbst vermißt man niemals schollige und körnerartige Pigmentmassen. 5. Gefäßneubildung durch Sproßbildung mit einer Reihe von innigen Beziehungen zwischen dem gliösen Protoplasma und den Gefäßwänden; 6. die sogenannten Stäbchenzellen treten bei keinem andern Prozesse auch nur annähernd in so großer Zahl auf; 7. die bekannten Rückenmarksveränderungen.

Vortragender geht nun auf die Frage über: Gibt es auch eine diffuse Hirnlues ohne Adventitialscheideinfiltrate? Auf die Wichtigkeit solcher Prozesse hinweisend, bejaht er dieselbe. Bisher sind ihm vier solcher Fälle bekannt, wovon drei von *Alzheimer* beobachtet wurden. Manche in der Literatur erwähnte Befunde decken sich mit unsern Ergebnissen; es ist aber schwer, sich ein klares Bild über die mit den älteren Methoden erhobenen Befunde zu machen. Am ausgesprochensten waren die Veränderungen in dem Falle aus der Heidelberger Klinik. Die Analyse desselben erleichtert das Verständnis auch solcher Fälle, wo die Veränderungen weniger intensiv ausgebildet sind. Der anatomische Nachweis der *Heubnerschen* Endarteriitis an den großen Gefäßen der Basis — ohne Adventitialinfiltrate und ohne mesarteriitische Veränderungen — sichert das Vorhandensein der Lues. Auch das klinische Gesamtbild war das der Hirnlues.

Der Prozeß charakterisiert sich folgendermaßen: **Erstens: Man kann**

von einem diffusen Prozeß sprechen, als keine Stelle der Rinde sich findet, wo nicht das eine oder das andere Krankheitsmerkmal vorhanden wäre. Berücksichtigt man aber die Intensität der Veränderungen und die Art der Zusammensetzung, so kann man dem Prozeß den Charakter des lokalisierten Auftretens nicht absprechen.

Zweitens: Jene Veränderungen, die wir an den intensivst veränderten Stellen der nicht gummösen Form der Hirnlues finden, sind:

1. Relativ geringer Schwund der Tangentialfasern und des supraradiären Fasernetzes.

2. Eine durchaus anders geartete Gliawucherung als bei der Paralyse. Es wuchert in allererster Linie das gliöse Protoplasma in einer Wuchtigkeit, so, wie man das nie beim paralytischen Prozeß beobachtet. Dabei findet eine Abscheidung von Gliafasern nur in sehr bescheidenem Maße statt. Jene mächtigen Gliafasern, die man beim paralytischen Prozeß beobachtet, vermißt man hier vollständig. Statt einer ausgesprochenen Gliafülle findet man ein protoplasmaähnliches Maschenwerk mit wenigen Gliafasern. Ebenso fehlen richtige Gliafaserscheiden um die Gefäße; statt dessen reichliche protoplasmatische Gliafüßchen und mächtige Verklebungen zwischen den gliösen Zellleibmassen und den Gefäßen. Gliazellkerne sind enorm vermehrt und erreichen eine kolossale Größe. Typische sogenannte gemästete Gliazellen fehlen. Vielfach regressive Veränderungen an den Gliazellen.

3. Was die Nervenzellen betrifft, so beobachtet man neben der sogenannten chronischen Erkrankungsform eine eigenartige Veränderung, deren markanteste Erscheinung eine enorme Quellung des Zelleibes mit Neigung zum Zerfall der Zellen bildet.

4. Nirgends ist auch nur eine Andeutung von Adventitialscheideninfiltraten vorhanden; da und dort ganz vereinzelt eine Mastzelle im Adventitialraum.

5. Geradezu eine verblüffende Proliferation der Intimazellen, welche die Neigung zeigen, im ursprünglichen Gefäßlumen mehrere kleine Gefäßlumina zu bilden. Häufig lockert sich der Zellkomplex eines ganzen Gefäßes; unter lebhaftester Proliferation der Endothelien und der Adventitialzellen gehen die Muskelzellen zugrunde. Die elastischen Häute spalten sich und verdicken sich ums doppelte bis ums vier- bis fünffache der Norm.

Die Gefäßneubildung beherrscht an den intensivst veränderten Stellen das anatomische Bild. Unzweifelhafte Gefäßsprossen ließen sich aber bisher nicht exakt nachweisen. Die jungen Gefäße quellen vielfach bukettartig aus dem Lumen der älteren größeren Gefäße hervor. Äußerst zahlreiche und eigenartige dünne Stränge von elastischer Substanz, die zwischen benachbarten Kapillaren gespannt sind. Die Kapillaren sind weit, nicht kollabiert und zeigen eine auffallend dicke elastische Membran. Nirgends Fett in den Zellen der Gefäßwände. Vielfach durchbohren die Kapillaren das gliöse Protoplasma. Perivaskuläre Schrumpfräume sind erheblich erweitert.

6. Stäbchenzellen sind nur äußerst vereinzelt zu beobachten.

7. Das Rückenmark zeigt keine strangartig auftretenden Faserausfälle. An der Eigenart dieses Prozesses kann nicht gezweifelt werden.

Vortragender weist noch darauf hin, daß man in gewissen Formen der Paralyse Gefäßveränderungen finden kann, die für den Prozeß der nicht gummösen Form der Hirnlues charakteristisch sind.

Der Inhalt dieser Untersuchungen wird demnächst im einzelnen publiziert werden. (Autoreferat.)

13. *Fuchs-Emmendingen*: Ungewöhnlicher Verlauf bei „Katatonie“.

Vortragender berichtet über einen Fall des Emmendinger Krankenmaterials, der nach einer Zuchthauspsychose mit zum Teil katatonischem Charakter über zehn Jahre lang einen Zustand von halluzinatorischer Paranoia bei intellektueller Rüstigkeit, sachgemäßem Affekt, gleichmäßiger systematischer Wahnbildung ohne irgend ein Demenzstigma darbot und dann nach einem scheinbar gänzlich unvermittelt hereingebrochenen, an katatonischen Zügen reichen Erregungszustand von halbjähriger Dauer schwachsinnig und zerfahren geworden, zugrunde ging. Vortragender weist nach, daß die äußerlich ganz heterogenen Phasen, die katatonische und die paranoische, durch einzelne suspekto Symptome in dem paranoischen Intervall, insbesondere durch häufige Anfälle von Katatonia nocturna und weiter durch allerlei Einzelzüge der noch früher zurückliegenden Vorgeschichte in organische Beziehung treten, betont aber das Unzureichende der Nomenklatur-Diagnosen und regt an zu intensiver Berücksichtigung der Individualität vor Festlegung der Prognose, sowie zur genauesten Erforschung der atypischen Fälle zwecks Ausgestaltung von Individualprognostik und Individualprophylaxe. (Autoreferat.)

14. *Vorster-Stephansfeld*: Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden.

Vortragender berichtet über fünf Fälle von hysterischen Dämmerzuständen, wie sie von *Ganser*, *Rücke*, *A. Westphal* u. a. beschrieben worden sind. Unter diesen fünf Fällen waren vier kriminelle und ein nichtkrimineller. Vortragender weist auf die Schwierigkeiten hin, welche sich in differentialdiagnostischer Beziehung bei Entscheidung der Frage ergeben können, ob es sich in einigen Fällen um katatonische oder hysterische Krankheitsformen im Sinne *Kraepelins* handelt.

Das Vorkommen von einzelnen hysterischen Stigmata ist nicht entscheidend, da diese auch bei Katatonikern vorkommen. Nur die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes ist bei Katatonikern nicht beobachtet. Ebenso wenig sind eine Trübung des Bewußtseins oder das Symptom des Vorbeiredens ausschlaggebend. Letzteres konnte Vortragender bei Katatonikern in 2% nachweisen. Auch die Länge der Reaktionszeit ist, wie man nach den Beobachtungen von *A. Westphal* erwarten könnte, nicht maßgebend, indem einmal Kranke im hysterischen Dämmerungszustande gelegentlich auch in flotter Weise Antworten geben, andererseits Katatoniker bald auffallend schnell, bald langsam und erst auf wiederholtes Fragen antworten.

Bei Katatonikern findet man es im ganzen häufiger wie in den hysterischen Dämmerzuständen, daß die Kranken in ihren Antworten auf den Vorstellungskreis der Frage gar nicht eingehen und oft nur einen Klang oder ein Wort aus der Frage in beziehungsloser Weise in ihren Antworten verwenden.

Für das Bestehen eines hysterischen Dämmerzustandes spricht die Mannigfaltigkeit der hysterischen Stigmata, welche in dieser Weise bei Katatonikern nicht vorkommt, und vor allem die Beeinflußbarkeit der Krankheitserscheinungen und des Krankheitsverlaufes durch äußere Vorgänge. So gelang es in einem Falle Halluzinationen auf suggestivem Wege hervorzurufen, Astasie und Abasie in gleicher Weise zu beseitigen. Ein anderer Kranker hatte starkes Stottern nur in Gegenwart des Arztes, während er sonst glatt sprach.

Das Vorbeireden bei den Katatonikern ist nicht nur als ein Zeichen des Negativismus aufzufassen, sondern findet sich auch unabhängig von Negativismus bei den episodisch auftretenden deliranten Zuständen.

Das Vorbeireden kommt nicht nur bei hysterischen und katatonischen, sondern auch bei andern Geisteskranken vor, besonders auch in epileptischen Dämmerzuständen (Autoreferat).

Zum Schluß gab der Vorsitzende noch dem Bedauern Ausdruck, daß bei der Fülle des Stoffes die Diskussion und damit ein wesentliches Moment der Förderung mehrfach zu kurz gekommen sei.

Es wurde angeregt, daß den Geschäftsführern gestattet sein solle, aus den angemeldeten Vorträgen eine Auswahl zu treffen, so daß deren Zahl zehn bis zwölf nicht übersteige. Die Beschlußfassung über diesen Punkt wurde jedoch bei der vorgerückten Stunde ausgesetzt.

Dr. Ransohoff-Stephansfeld.

Dr. Stengel-Pforzheim.

110. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. Dezember 1903.

Anwesend die Herren: *W. Alter-Leubus a. G., Ascher-Berlin, Berger-Eberswalde, Boedeker-Schlachtensee, Max Edel-Charlottenburg, Eicke a. G., Falkenberg-Herzberge, Fehrs-Herzberge a. G., Försterling a. G., Gock-Landsberg a. W., Guttstadt-Berlin, Jolly-Berlin, Kalischer-Schlachtensee, Koenig-Dalldorf, Kortum-Herzberge, Laehr sen.-Zehlendorf, Hans Laehr-Zehlendorf, Lirpmann-Dalldorf, Mittenzweig-Herzberge a. G., Moeli-Herzberge, Oestreicher-Nieder-Schönhausen, Reich-Herzberge a. G., Richter-Dalldorf, Rust-Sachsenberg, Sander-Dalldorf, Seelig-Herzberge, Seiffer-Berlin a. G., Ulrich-Eberswalde, Viedenz-Eberswalde, van Vleuten-Herzberge, Waldschmidt-Charlottenburg, Weiler-Westend, Zinn-Eberswalde.*

Am Vorstandstisch: *Gock, Jolly, Laehr sen., Moeli, Sander*. Vorsitzender *Moeli*.

Dem Verein sind beigetreten die Herren Dr. med. *van Vleuten* und Dr. med. *Seelig* zu Herzberge.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Mitglied Dr. med. *Burghardt* von Herzberge einen ehrenden Nachruf. Zu Ehren des Verstorbenen erheben sich die Anwesenden.

Der Vorsitzende spricht sodann die Glückwünsche der Gesellschaft an Herrn Geheimrat Professor Dr. *Laehr* anlässlich des 50jährigen Bestehens der Anstalt „Schweizerhof“ aus.

Er macht auf die Seltenheit eines solchen Vorkommnisses aufmerksam nicht nur wegen des langen Zeitraumes, auf welchen die Anstalt unter einer und derselben Leitung zurückblickt, sondern auch weil sie heute so jugendkräftig und frisch dastehe wie im Beginne.

Sie sei eben keine gealterte, sondern eine dem Fortschritt entsprechende, sich stets verjüngende Anstalt, die in ihren Einrichtungen viel eher ein Muster des jetzt Erreichten gäbe, als sie an die Vergangenheit erinnere.

Dieser Erfolg sei nur dem Jubilar und seiner Familie zu verdanken, welche zur Entfaltung ihrer Tätigkeit hier freie Bahn gefunden hätten.

Insbesondere aber könne unser Senior heute mit Freuden auf das Geschaffene als wohlverdientes Ergebnis einer ganzen Lebensarbeit blicken.

In diesen Beziehungen liege auch die glückliche Weiterentwicklung der Anstalt begründet. Er wiederhole die namens des Vereins ausgesprochenen Wünsche an dieser Stelle.

Geheimrat *Laehr* dankt für die ihm dargebrachten Glückwünsche.

van Vleuten: Über optische Asymbolie (mit Vorstellung eines Kranken). (Eigener Bericht.) Es wurde ein Kranker vorgestellt, der nach längerem Alkoholmißbrauch neben neuritischen Erscheinungen erhebliche Herabsetzung der Merkfähigkeit und Konfabulationen, also die Hauptsymptome der *Korsakowschen* Psychose zeigte. Bei diesem wurde nach Abklingen des akuten Deliriums eine sehr reine optische Asymbolie beobachtet, die sich auf das Wiedererkennen körperlicher Gegenstände beschränkte, während flächenhafte Dinge, wie Buchstaben und Bilder richtig erkannt und benannt wurden. Dabei war das Wiedererkennen durch sämtliche andere Sinnesgebiete durchaus ungestört, durch Gefühl, Gehör, Geruch und Geschmack erkannte er sofort. Die Augenuntersuchung ergab rechts volle Sehschärfe, links fast volle Sehschärfe. Eine Hemianopsie bestand nicht, dagegen eine geringe Einengung des Gesichtsfeldes, die Farbenempfindung war ungestört. Mit einer Brille von $+ 1.5$ wurde kleine Schrift in 25 cm Abstand gelesen. Bei den ersten Untersuchungen wurde diese Brille angewandt; als der Kranke dann aber erklärte, er könne damit noch schlechter sehen und die optische Asymbolie unverändert blieb, wurde sie weggelassen. Da Simulation mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, handelte es sich um die Entscheidung

der Frage, ob die Asymbolie organisch oder funktionell sei. Für organischen Ursprung sprach die Tatsache, daß schon vorher in einigen Fällen asymbolische Störungen, welche die betreffenden Autoren als kortikal bedingte auffaßten, bei der *Korsakowschen* Psychose beschrieben worden waren. Ferner der Umstand, daß die Seelenblindheit sich während fünf Wochen durchaus unverändert erhielt und auch einer großen Menge von Suggestionsversuchen gegenüber standhaft blieb. Einige negative Momente ließen jedoch die Störung als eine funktionelle auffassen: Es war keine Hemianopsie vorhanden, Paraphasie und Haftenbleiben fehlte, in keinem der bisher bekannten Fälle war ein derart scharfer Unterschied zwischen dem Erkennen körperlicher und flächenhafter Dinge vorhanden. Endlich gelang es nach fünf Wochen doch, den Kranken durch eine Brille von $+1,5$, mit welcher er vorher nicht erkannt hatte, jetzt zum Erkennen körperlicher Gegenstände zu bringen. Damit war die Seelenblindheit als eine funktionelle erwiesen. In diesem Zustande zeigte der Vortragende den Kranken. Es wurden ihm zuerst ohne Brille eine Reihe körperlicher Gegenstände vorgelegt, die er sämtlich zwar nach Farbe, flächenhafter Form und eigentümlicher Gestaltung beschrieb, aber durchaus nicht erkennen und benennen konnte, auch den Gebrauch des betr. Gegenstandes konnte er nicht angeben. Dieselben Dinge erkannte er dann durch die anderen Sinnesgebiete sogleich richtig, z. B. eine Schere und einen Kamm durch das Geräusch, einen Leuchter, eine Kravatte, ein Messer und eine Kartoffel durch den Tastsinn, eine Zigarre und eine Zwiebel durch den Geruch, ein Stück Zucker durch den Geschmack. Darauf wurde gezeigt, daß der Kranke mit seiner Brille die vorher nicht erkannten Gegenstände jetzt auch allein durch den Gesichtssinn kennen konnte.

Nachdem Vortragender noch nachgewiesen hatte, daß nicht die bestehende geringe Presbyopie die Seelenblindheit bedingen und erklären könne, hob er die Merkmale hervor, die für die Differenzialdiagnose zwischen organischer und funktioneller optischer Asymbolie in Frage kommen. Dann wies er auf die Ähnlichkeit der funktionellen Asymbolie und der retraktiven Amnesien hin, die gelegentlich bei der *Korsakowschen* Psychose beobachtet wurden. Er sprach die Meinung aus, daß die Ansicht von *Möbius*, diese Amnesien seien funktioneller Natur und wesensverwandt mit den hysterischen Amnesien, durch diesen Fall gewissermaßen gestützt werde. Schließlich wurde die eigentümliche Konsequenz hervorgehoben, welche die optische Asymbolie für die forensische Beurteilung des Kranken hatte. Er war wegen Widerstandes angeklagt. Wenn es nun gelungen war nachzuweisen, daß die Asymbolie zur Zeit der Begehung der Straftat schon bestand, so folgte daraus, daß der Kranke den Schutzmann, dem er sich widersetzte, gar nicht als solchen erkennen und sich daher auch des Widerstandes gar nicht schuldig machen konnte.

(Eine eingehende Veröffentlichung des Falles wird noch erfolgen.)

Diskussion: Auf die Anfrage des Herrn *Moeli*, ob die Störung auch durch eine Brille mit gewöhnlichem Glas beseitigt werde, erwidert der Vor-

tragende, daß dies nur der Fall sei mit einer Brille, die der Presbyopie des Kranken entspricht.

Herr *Koenig* fragt an, ob Versuche mit Hypnose gemacht worden seien. Der Vortragende erwiderte, daß die Hypnose nicht gelungen sei.

Herr *Liepmann*: Demonstration des Gehirnes von dem am 21. Juni 1902 in diesem Verein vorgestellten Seelenblinden. Vortragender hat im vorigen Jahre einen total Asymbolischen und einen Seelenblinden vorgestellt (vgl. Bd. 59 ds. Ztschrift S. 952). Im ersteren Fall hatte er doppelseitige Läsion sowohl der Schläfen- wie der Hinterhauptslappen angenommen, im zweiten Falle Herde nur in beiden Hinterhauptslappen. Beide Fälle sind zur Sektion gekommen; in beiden Fällen hat die Sektion die Diagnose bestätigt. Die genaue Abgrenzung der Schläfenlappenherde im ersteren Falle nach hinten kann allerdings erst nach Anlegung von Serienschnitten gegeben werden.

Das Gehirn des zweiten Kranken liegt hier vor. Da bisher, außer in *Lissauers* Falle, kein Sektionsbefund für unkomplizierte, dauernde und vollständige Seelenblindheit vorhanden ist, und der *Lissauersche* Befund noch manches Rätsel ungelöst läßt, ist das Gehirn von erheblichem Wert.

Der Kranke hatte 2/3 Sehschärfe, erkannte kleine Zahlen, aber Buchstaben oder größere Gegenstände nicht. Das Erkennen durch Tasten war in leichterem Grade gestört. Keine Apraxie; keine sensorische oder motorische Aphasie. Links zeigt die Basis des Hinterhauptlappens eine tiefe Mulde, welcher einer Erweichung von gyr. fusiformis und lingualis entspricht. Diese Windungen sind bis auf eine dünne äußere Rindenschicht zerstört; rechts dagegen liegt der Herd an der Konvexität, erstreckt sich vom gyr. angularis durch Rinde und Mark der zweiten Oxipitalwindung bis nahe an den Hinterhauptspol. Zwischen Hinterhirn und Herd bleibt eine 3 mm dicke Schicht. (Eigener Bericht.)

Herr *Seelig-Herzberge* stellt einen Kranken vor, welcher an periodischer Trunksucht leidet. Im 16. Lebensjahre trat bei dem jetzt 40-jährigen Kranken ohne ersichtlichen Anlaß eine schwere Verstimmung von 5—6wöchiger Dauer ein, welche ihn zu einem Selbstmordversuch getrieben hatte. Diese ängstliche Verstimmung verlor sich erst unter dem Einfluß von Alkohol. Fast jedes Jahr traten nun seitdem ganz gleich verlaufende Zustände ein. Vor kurzer Zeit war der Kranke im Zustand des Deliriums in die Anstalt Herzberge aufgenommen worden, wo bald eine derartige Besserung bei ihm eintrat, daß er entlassen werden konnte. Bald darauf suchte er aber selbst die Anstalt wieder auf und wurde nun der mit Amnesie verbundene Stimmungswechsel beobachtet. Anhaltspunkte für Epilepsie konnten nicht festgestellt werden. Es erschien daher die Diagnose gerechtfertigt, daß bei dem Kranken periodisch gleichsam zwangsmäßig eine melancholische Verstimmung auftritt, welche ihn zum Alkoholmißbrauch brachte.

Diskussion: Herr *Liepmann* fragt, ob etwa in der Verwandtschaft des Kranken Epilepsie vorgekommen sei. Der Vortragende verneinte dies und bemerkte noch, daß der Kranke selbst allerdings zeitweis Jähzorn gezeigt habe, daß dies aber bei ihm erst aufgetreten, nachdem er bereits zum Alkoholmißbrauch gekommen war.

Herr *W. Alter-Leubus*: Störungen im Farbensinn bei Paralytischen. In der großen Vielgestaltigkeit seiner Zustandsbilder führt das klassische Paradigma aller cerebralen Störungen, die Paralyse, auch häufiger als jede andere Hirnkrankheit zu semiotischen Erscheinungen, die aus dem Alltäglichen ebenso sehr durch ihre außerordentliche Seltenheit, wie durch ihre pathogenetische Dignität herausragen.

In der Regel handelt es sich dabei um symptomatische Konsequenzen aus paralytischen Anfällen, allerdings nicht nur aus solchen von großem Typ, von epileptiformem oder apoplektiformem Charakter. Gerade die extravaganteren Lokalisationen, die in den eigentlichen Anfallserscheinungen wie in ihren Residuen die bemerkenswertesten Reizzustände und Ausfälle hinterlassen, resultieren vielmehr oft aus solchen anfallsartigen Alterationen, die nur wie flache Äquivalentbilder jener schweren Zustandsschwankungen erscheinen, die in ihrem raschen Auftreten und Abklingen das Bewußtsein meist gar nicht oder höchstens sehr unerheblich beeinträchtigen, die aber dafür um so regelmäßiger und lebhafter die Psyche in anderen Beziehungen, vor allem in ihrer Affektlage zu chokieren pflegen. Immerhin gehen sie leider vielfach auch der aufmerksamsten Beobachtung verloren, einmal eben wegen ihrer relativen Unerheblichkeit und dann, weil sie, wie es scheint, mit besonderer Vorliebe nachts auftreten und weil die von ihnen gesetzten Ausfälle offenbar eine Neigung zu raschester Restitution haben.

Wo indessen eine Kontrolle aller durch sie gesetzten Zustandsänderungen möglich ist, belohnt sie sich bisweilen durch die überraschendsten Ergebnisse. Es scheint in der Tat kaum ein Zeichen gestörter Hirntätigkeit zu geben, das nicht gelegentlich dabei vorkommen kann, so sehr gewisse Lokalisationen immer wieder bevorzugt werden. Zu ihnen gehört in erster Linie das Gebiet des Gesichtssinnes, das freilich wieder vorwiegend ganz bestimmte Veränderungen erleidet. Und zwar scheinen das neben den allgemeinen Halbseitenausfällen auch sehr viel häufiger, als man gemeinhin anzunehmen geneigt sein dürfte, isolierte Störungen in der Chromatoperzeption zu sein. Dafür spricht mir die doch kaum zufällige Tatsache, daß ich unter einem relativ kleinen Material und im Zeitraum eines Jahres zu drei derartigen Beobachtungen Gelegenheit hatte, dafür spricht aber ebenso das, was ich im allgemeinen bei fortgeführten Untersuchungen des Farbensinnes der Paralytiker feststellen konnte.

Über den ersten von jenen drei Fällen habe ich schon an anderer Stelle berichtet. Es handelte sich da um eine mehrfach anfallsartig eintretende Chloropie, der wiederholt eine passagere Chromatopsie folgte.

Diese Beobachtung veranlaßte mich seinerzeit zuerst, dem Farbsehen meiner Paralytiker eine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Ich war mir dabei von vornherein bewußt, daß bei der Beurteilung aller etwa nachweisbaren Störungen im Farbensinn die größte Vorsicht geboten sein müsse. Denn es ist ja bekannt, daß auch bei gesunden und normalen Menschen das Farbenwahrnehmungsvermögen und noch mehr die Farbenunterscheidungsfähigkeit keineswegs als ein Wert von allgemeiner Gültigkeit zu bemessen ist, sondern daß sich schon in der Breite des Normalen aus Verschiedenheiten der grundlegenden Veranlagung, und aus dem nach sozialen und beruflichen Bedingungen schwankenden Grad der erreichten Übung und Ausbildung des Farbensinnes recht erhebliche individuelle Differenzen in der Beurteilung farbiger Eindrücke ergeben. Aber ich fand das bei den Paralytikern doch so erheblich potenziert und so weit über das Normale hinausgehend, daß mir da bald die Annahme spezifischer Schädigungen zu einer unumgänglichen Forderung wurde um so mehr, als ich, dank der Rekrutierung meines Materials, meine Feststellungen gerade bei solchen paralytischen Individuen machen konnte, bei denen nach Stand und Bildung ein guter und geschulter Farbensinn als ursprünglich vorhanden vorausgesetzt werden durfte.

Meine Zahlen sind freilich viel zu klein, um statistisch verwertet werden zu können. Ich glaube auch bestimmt, daß unter einem größeren Material die Verhältnisse erheblich günstiger liegen werden, wie bei den relativ wenigen Paralytikern, die ich untersuchen konnte. Ich fand da nämlich nur bei etwa einem Drittel wirklich ganz korrekte Farbenempfindungen, d. h. solche, die sich mit den meinigen und mit denen anderer normaler, auch ungeübter Personen deckten. Bei allen übrigen war das normale Verhalten des Farbensinnes in größerem oder geringerem Maße gestört, ohne daß diese Störung aber auch nur in einem meiner Fälle den Charakter einer echten Dyschromatopsie getragen hätte. Sie äußerte sich vielmehr lediglich im Sinne einer Hyper- oder Hypochromatopsie, die wieder nach meinen, wie gesagt, sehr unmaßgeblichen Zahlen etwa im Verhältnis von 1:3 vertreten waren.

Jedenfalls hatte also die Mehrzahl, die übrigens nicht nur aus älteren Fällen bestand, eine bisweilen sogar weitgehende Einschränkung der Fähigkeit zur Farbenunterscheidung, zum erkennen und korrekten Bewerten von Farbennuancen erlitten. Bei der Prüfung mit den Holmgreenschen Wollproben oder mit danach angefertigten Holztäfelchen wurden Farbentöne als identisch bezeichnet, die auch für das ungeschulte normale Auge einen starken Unterscheidungswert hatten, ohne daß diese Verwechslungen aber wie gesagt irgendwie für eine partielle Farbenblindheit charakteristisch gewesen wäre. Dagegen war die Abstumpfung des Farbensinnes zumeist nicht nur in qualitativer, sondern auch in quantitativer Hinsicht vorhanden. Grelle Farbennuancen wurden als gedämpft und matt angesprochen und ohne Zögern mit viel stumpferen und matteren Vergleichsproben zusammengelegt. Dabei machte sich diese Herabsetzung des Farbensinnes, besonders des Farbenunterscheidungsvermögens ganz vorwiegend in der Bewertung von Grün- und

Gelb-Proben geltend, also gerade in den Farbenqualitäten, in denen das normale Auge am feinsten differenziert. Purpur, rot, violett, selbst blau wurden stets viel sicherer und richtiger unterschieden.

Eine andere und, wie gesagt, sehr viel kleinere Gruppe von Paralytikern zeigte das diametral entgegengesetzte Verhalten, eine tatsächliche Überempfindlichkeit für Farbeindrücke. Von solchen Kranken wurden Farbennuancen, die nicht nur ich, sondern auch ein im Farbig-Sehen sehr geschulter Kollege a priori einfach identifizierte, noch als deutlich, ja stark verschieden getönt bezeichnet. Auch diese chromatische Hyperaesthesia ging am weitesten im Grün und Gelb. Z. B. legte jede gesunde Versuchsperson zwei sehr helle Wollproben stets als ganz gleichartig zusammen, die auch mir erst nach längerem Betrachten im Knäuel unterscheidbar wurden, die eine war ganz leicht grünlich, die andere ganz hell gelblich. Einige Paralytiker unterschieden sie trotz aller ihnen bereiteten Schwierigkeiten immer sofort und wiederholt ohne Fehler und Verwechslung als grün und gelb.

Ließ das schon auf eine Steigerung nicht nur des Farbenunterscheidungsvermögens, sondern überhaupt der Farbenempfindung schließen, so kann ein Fall, den ich beobachtete, sicher nur in diesem Sinne, also als echte Hyperchromatopsie aufgefaßt werden.

Der betreffende Kranke — ein Paralytiker in einem maniakalischen Frühstadium — empfand jeden farbigen Eindruck, auch den mattesten und gedämpften, in der grellsten Betonung. Er schwelgte geradezu in Farben — er selbst äußerte sehr charakteristisch: er feiere bei jedem Blick und jedem Schritt neue Farbenorgien. Die Untersuchung bestätigte diese subjektiven Angaben. Bei der Wahlprüfung bezeichnete der Patient ein mattes, reines rosa als rot und legte es auch zu einem geradezu schreienden Rot, während er ein anderes Rosa, das allerdings einen etwas bläulichen Ton hatte, mit einem satten Violett und ein drittes purpurgetöntes Rosa mit einem lebhaften Purpur identifizierte. Sehr auffallend war dabei seine außerordentlich weitgehende Emanzipation von dem Einfluß, den die reinen Helligkeits- und Lichtwerte auf die korrekte Farbenwahrnehmung haben. Bei einer einsetzenden Remission bildete sich diese Überempfindlichkeit für das Farbige sehr zurück, ohne ganz zu verschwinden.

Ich glaube, man kann sich derartige Steigerungen und Herabsetzungen der Empfindlichkeit für farbige Eindrücke nur als Erscheinungen von rein cerebraler Motivierung vorstellen — wenigstens innerhalb der hier maßgebenden Krankheitsbilder müssen sie wohl als die Konsequenz aus einer krankhaft veränderten Empfänglichkeit, aus einer vermehrten oder verminderten Reizbarkeit des Farbenfeldes aufgefaßt werden, also wenn man will, gleichfalls als ein semiotischer Zug, der aus einer bestimmten Lokalisation der betreffenden pathologischen Prozesse hervorgeht.

Aber ich konnte auch, wie gesagt, noch einige andere Beobachtungen machen, die mit einer viel größeren und geradezu experimentellen Beweiskraft für eine besondere und vielleicht ziemlich weitgehende Aresistenz des Farbenfeldes gegenüber der paralytischen Schädigung sprechen.

Wenigstens scheinen mir die beiden im folgenden mitgeteilten Krankengeschichten nur so gedeutet werden zu können.

In dem ersten Falle handelt es sich um einen 48jährigen Kaufmann, der seit etwa drei bis vier Jahren krank ist. Sein Leiden hat sich sehr schleichend entwickelt und von vornherein mit periodischen Affektschwankungen und mit schlagartigen Anfällen kombiniert. Über Form und Verlauf dieser früheren Attacken habe ich indessen nichts näheres ermitteln können.

Bei der Aufnahme in unsere Anstalt war der Kranke in lebhaft agitierter Manie, die aber sehr rasch einer weitgehenden Remission Platz machte. Dabei wurde — bis Anfang Oktober — eine anfallsartige Zustandsänderung nicht beobachtet. Damals bot der Patient im wesentlichen das Bild einer flachen hypochondrischen Depression, die selten durch stärkere Affektausschläge unterbrochen wurde. Dabei war er vollkommen komponiert, durchaus orientiert und besaß gute retrospektive, wenn auch nur sehr beschränkte präsenste Krankheitseinsicht. Der Intelligenzdefekt war auffallend gering, die Merkfähigkeit sehr herabgesetzt. — Pupillen ungleich, verzogen und lichtstarr. Patellarreflexe beiderseits stark, rechts mehr als links, herabgesetzt. Ebenso die Achillessehnenreflexe. Bauchdecken- und Fußsohlenreflexe gesteigert, kein Babinski. Im Sprachgebiet starke Dysarthrie, Entgleisen beim Buchstabieren unbekannter Wörter. Ataxie mäßigen Grades, Romberg angedeutet, Gang etwas unsicher und schleppend. — Sensibilität im allgemeinen frei. Keine Astereognosie, Lagegefühl intakt, Gesichtsfelder normal.

Am 12. Oktober will der Patient, der sich sehr gut beobachtet, unmittelbar nach dem Aufstehen Flimmern vor den Augen, einen dumpfen Kopfschmerz und eine leichte Übelkeit wahrgenommen haben. Alles habe nur wenige Augenblicke gedauert. Er machte die entsprechenden Angaben erst anläßlich einer Untersuchung am 15. Oktober. Ich fand dabei nichts anderes als das oben Erwähnte. Augenspiegelbefund o. B.

Am 18. Oktober kam Patient nach dem täglichen Stundenbade ins Zimmer und legte sich zur Blutdruckmessung hin. Der Blutdruck war etwas höher als an den vorhergegangenen Tagen. Der Kranke blieb dann auf dem Sopha liegen und will bald darauf ganz plötzlich einen dumpfen Schmerz im linken Hinterkopf gespürt haben. Dabei „ist es vor den Augen gewesen, wie ein roter Nebel, durch den Blitze zuckten, dann ist ein Flimmern gekommen in sehr grellen Farben, das zickzackig von einem kleinen roten Punkte auf der rechten Seite anfang und immer zickzackig schnell über die ganzen Augen wegging“. Gleichzeitig begannen die Augen zu tränen. Als der Patient deshalb das Taschentuch aus der rechten Hosentasche herausziehen wollte, will er bemerkt haben, daß er „gar nichts Substantielles mit der Hand habe fühlen können“. Er erschrak sehr und ließ mich sofort mit den gleichen Angaben rufen. Beim Aufstehen hat er ein leichtes Schwindelgefühl und saures Aufstoßen gespürt.

Ich fand den Kranken in ziemlich starker gemüthlicher Alteration. Er weinte und war durch das Erlebte sehr beängstigt. Dabei bestand eine

mäßige motorische Unruhe. Jedoch ließ er sich durch Zureden so weit beruhigen, daß eine gründliche Untersuchung stattfinden konnte. Bei ihr imponierte sofort eine sehr erhebliche Blutdrucksteigerung. Dagegen erschien im allgemeinen Verhalten der Sensibilität und der Motilität nichts geändert. Die Sprache war vielleicht etwas stärker dysarthrisch als sonst. Es wurde jedoch glatt gelesen, prompt nachgesprochen und Bekanntes gut buchstabiert. Aber es fanden sich doch zwei sehr scharf charakterisierte Störungen.

Während der Kranke in die linke Hand gegebene Gegenstände auch bei geschlossenen Augen rasch und richtig ansprach, war ihm das bei Benutzung der rechten Hand nicht möglich, trotzdem er auch mit ihr den Gegenstand leidlich abzutasten suchte. Dabei äußerte er, er fühle ja, daß er etwas in der Hand habe, sie sei aber „wie taub“ oder „wie mit Schleim überzogen“. Die Berührungs-, Schmerz- und Temperaturempfindung war vollkommen erhalten, nur wurden die Reizstellen immer sehr erheblich weiter zentralwärts, mehrfach sogar an den Unterarm lokalisiert. Ferner war der Kranke nicht imstande, passive Lageveränderungen der rechten Hand und ihrer Finger korrekt anzusprechen und mit der gleichen oder der linken Hand zu reproduzieren, während er passive Bewegungen der linken Hand und ihrer Finger nicht nur richtig wahrnahm, sondern auch mit der rechten Hand, freilich sehr unvollkommen und ungeschickt nachahmen konnte. Für Bewegungen im rechten Ellenbogen und Schultergelenk, sowie für solche der unteren Extremität ließ sich eine ähnliche Störung nicht nachweisen. Schreiben war unter Kontrolle des Auges möglich, die Schrift war allerdings ataktischer und schlau-driger als sonst. Bei geschlossenen Augen wurden dagegen nur ganz unleserliche Kritzeleien ohne Niveaueinhalten hervorgebracht.

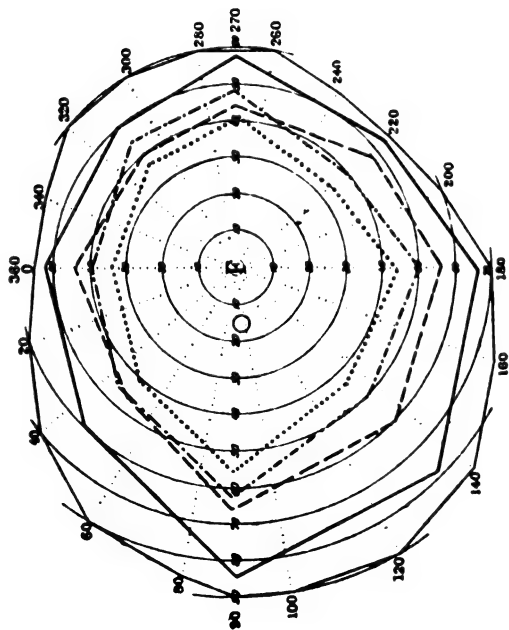
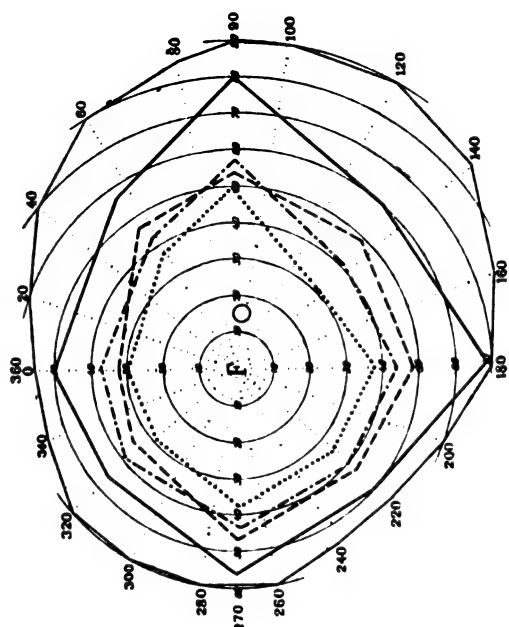
Die zweite Störung fand sich bei der Perimetrierung. Die Sehschärfe erschien jedenfalls nicht erheblich alteriert, das Gesichtsfeld für Weiß fast unverändert. Dagegen ergab die Prüfung mit den Farbtäfelchen einen ausgesprochenen halbseitigen Ausfall der Farbenempfindung, und zwar im Sinne der rechtsseitigen homonymen Hemiachromatopsie, die indessen nicht nur den Fixierpunkt freiließ, sondern auch noch durch ein gar nicht unbeträchtliches überschüssiges Gesichtsfeld eingeschränkt war. Von außen her an dieses Gebiet herangeführte Farbtäfelchen sah der Kranke bis zu ihrem Eintreten von Schattierungen in Grau. (S. S. 430—433.)

Nach der Untersuchung, die ihn trotz aller Beschleunigung etwas angegriffen hatte, war der Kranke wieder stärker deprimiert, in ängstlich-ratloser Unruhe, die von einer eigentümlichen Veränderung des Atemtypus begleitet war. Der Patient atmete nur sechs- bis zehnmal in der Minute und schöpfte dann jedesmal ganz krampfhaft und tief Luft. Im Bett beruhigte er sich rasch und schlief schon nach wenigen Minuten ein.

Am nächsten Morgen war weder die Tastlähmung noch die Hemiachromatopsie mehr nachzuweisen. Der Kranke gab auch an, daß er in der Nacht, wo er zweimal habe Urin lassen müssen, schon wieder ganz ordentlich gefühlt habe. Urin hell und dünn, ohne Eiweiß.

Gesichtsfeld für weiß und Farben.

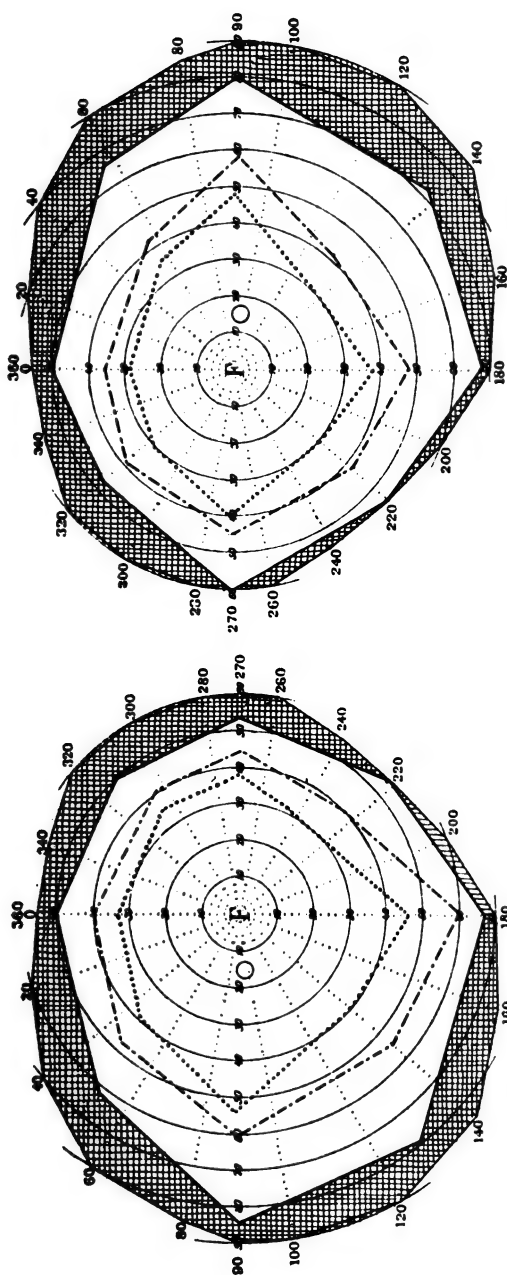
1. Name: W. Datum: 31. August 1903.



— weiß — — blau — — — — rot grün L. R.

2. Name: W. Datum: 15. Oktober 1903.

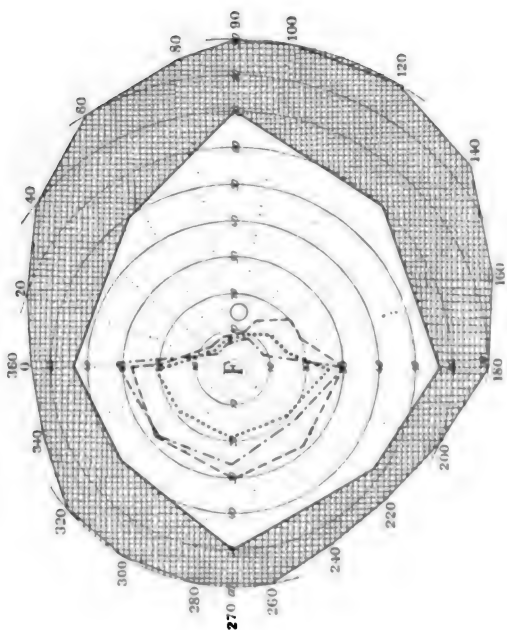
Gesichtsfeld für weiß, rot, grün.



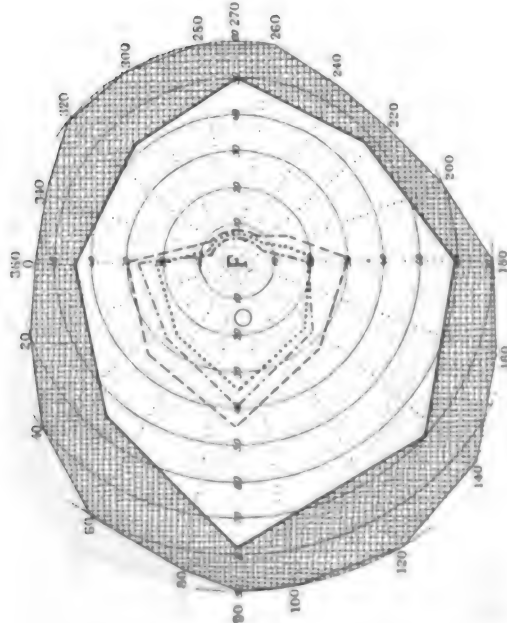
L. R.

— weiß — — — — — rot grün

Gesichtsfeld für weiß und Farben.

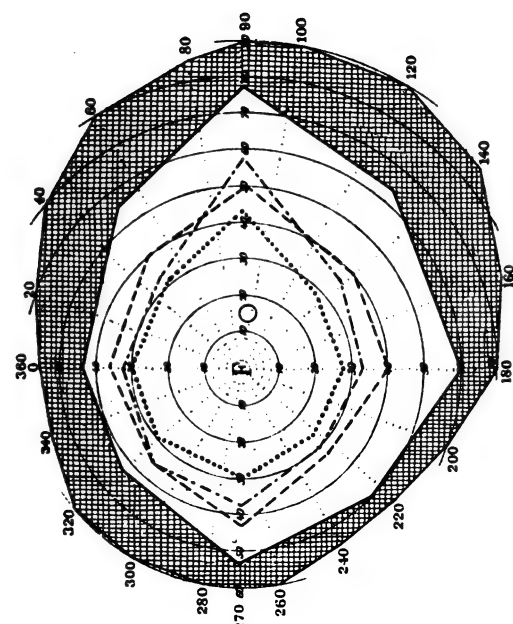


3. Name: W. Datum: 18. Oktober 1903.

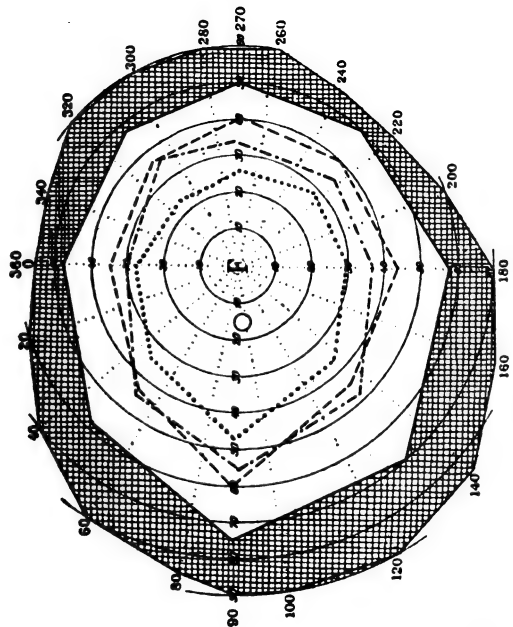


weiß — — blau — — — — rot grün L. R.

Gesichtsfeld für weiß und Farben.



4. Name: W. Datum: 19. Oktober 1903.



L. R.

— weiß — — blau — — — — rot grün

Ich resumiere das Wichtigste:

Ein Paralytiker erleidet nach wiederholten vorangegangenen Attacken einen Anfall, der als Reizerscheinung ein durch Farbenanklingen kompliziertes, aber sonst ganz typisches Flimmerskotom setzt und der in einer sehr auffälligen Isolierung zwei scharf umrissene Ausfälle hinterläßt: eine rechtsseitige Tastlähmung und eine gleichseitige homonyme Hemiachromatopsie.

In diesem seltsamen Syndrom dürfte die einzige Schwierigkeit, aber zugleich auch ein beachtenswerter Wegweiser für die Beurteilung des Falles liegen. Denn das Flimmerskotom gilt ja heute allgemein als eine kortikale Reizerscheinung in dem gleichen Rayon, in dem allein auch die Hemiachromatopsie entstehen kann: im zentralen Sehfeld. Die letztere entspricht da lediglich einem Ausfall bestimmter zentraler Symbole, deren Substrat man nach der freilich angefochtenen Theorie von *Wilbrand* in den äußersten Rindenschichten des Sehentrums suchen müßte. Beide Zustände sind also Erscheinungen derselben Sphäre und mithin ohne weiteres aus der gleichen Lokalisation ein und derselben ursächlichen Störung abzuleiten.

Anders steht es mit der Tastlähmung. Sie hat sicher nicht die geringsten Beziehungen zur Sehregion, sondern sie ist zweifellos an eine ganz andere Lokalisation gebunden. Denn sie kann ja hier, wie es die isoliert bestehende Störung im Lagegefühl ohne weiteres einleuchtend macht, nur auf eine umschriebene Störung in der Stereopsyche zurückgeführt werden, auf eine durch Assonanzaufhebung bedingte Inkongruenz der stereopsychischen Komponente bestimmter Wahrnehmungen mit den zugehörigen komplexen Kombinationen. Sie muß danach zwar auch auf einem Ausfall oder einem Versagen gewisser rezeptiver oder übertragender Elemente beruhen, die zweifellos an eine bestimmte Lokalisation, allerdings nicht im Sinne eines eigentlichen Zentrums, sondern im Sinne gewisser Schichten, gebunden sind, aber dieser Ausfall berührt sich, wie gesagt, der Lage nach sicher in keiner Weise mit dem Substrat der Farbenwahrnehmung.

Danach bleibt zur Erklärung der hier vorliegenden Verkuppelung zweier so heterotopischer semiotischer Züge meines Erachtens nur eine Annahme übrig: ein Rekurren auf eine spezifische Disposition der betroffenen Zellindividualitäten, die es ermöglicht oder vielmehr bedingt, daß gerade sie der anprallenden Schädigung erliegen.

Nicht ohne Interesse ist dabei die gleichzeitige, vielleicht auch antezedente Blutdrucksteigerung, die man ja nicht nur als eine Parallelerscheinung, sondern, wenigstens soweit das Flimmerskotom in Frage kommt, geradezu als ein seinerseits weiter wirkendes Primärsymptom des ganzen Anfalls auffassen kann. Die geltenden Anschauungen über das Zustandekommen des Flimmerskotoms würden dazu jedenfalls ohne weiteres berechtigen. Man könnte aber auch weiter gehen und die Blutdruckschwankung geradezu als den *agent provocateur* der ganzen Zustandsänderung gelten lassen; man braucht dazu nur gewisse Alterationen in der molekularen Struktur wenig resistenter Zellen anzunehmen, die eine vorübergehende Funktionsstörung bewirken. Aber ich

bin doch mehr geneigt, in der Vasomotionsstörung hier nur eine echte, also genetisch gleichartige Parallelerscheinung zu sehen und alles übrige aus einer direkt toxischen Zellschädigung abzuleiten, aus einer Zellschädigung, die ich konform dem an anderer Stelle ausgesprochenen, als eine Verankerung von Toxinen an spezifische Rezeptoren auffassen möchte, die ihnen eben nur von ganz bestimmten Zellgruppen entgegengehalten werden.

Es gibt das jedenfalls eine Möglichkeit zur Erklärung für ein solch auffallend elektives Verhalten des paralytischen Krankheitsprozesses, ein Verhalten, das auch bei meinem zweiten Fall nicht minder scharf hervortritt.

Er betrifft einen 26jährigen, sehr gebildeten Paralytiker, der seit etwa einem Jahre krank ist. Nach den uns gewordenen Mitteilungen scheint er vor der Aufnahme zweimal leichte paralytische Attacken erlitten zu haben. In der Anstalt war er längere Zeit ganz regelmäßigen anfallsartigen Vasomotionsstörungen mit starken Stimmungsverschiebungen ausgesetzt. Zur Zeit des im folgenden geschilderten Anfalls war das vorüber. Er war damals im Beginn einer Remission, nach jeder Richtung orientiert, einsichtig und geordnet, intellektuell kaum irgendwie reduziert und nur in der Stimmungslage noch beeinträchtigt: er war in leichter euphorischer Exaltation. — Die Pupillen waren ungleich und fast lichtstarr, es bestand ferner eine allgemeine Hypertonie, ohne Klonus, und eine Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten, sowie in einem umschriebenen submammillaren Gebiet.

Dieser Patient nahm am 12. Mai an einer Ausfahrt in einem etwas holprigen Wagen teil. Nach der Rückkehr lag er zunächst noch einige Zeit wie sonst auf dem Liegestuhl. Dann sprang er plötzlich auf, rannte hin und her und sprach dabei fortwährend sehr laut und rasch, aber nicht direkt konfus über seinen Zustand. Er geriet dabei in heftige gemütliche Erregung und begann zu weinen. Plötzlich klagte er über eine Sehstörung: er habe Flimmern und Schatten vor den Augen. Gleich darauf schrie er laut auf: „Mein Gott, was ist das, ich sehe ja bloß noch wie durch zwei Röhren.“ Als er ins Zimmer gebracht wurde, hielt er sich ängstlich an den Pfleger: er könne nichts sehen. Er ging sofort zu Bett und will dabei schon wieder „ganz ordentlich“ haben sehen können. Aber etwas später seien vor den Augen wieder größere und kleinere Flecke in allen möglichen Farben aufgetreten, die eine Weile an einer bestimmten Stelle haften blieben, auch wenn er die Augen schloß. Wenn die Farben weggingen, habe er das Gefühl gehabt, als bliebe an der gleichen Stelle ein Loch in seinem Gesichtsfeld. Nach etwa einer Stunde sei alles vorüber gewesen. — Der Blutdruck wurde leider nicht während des Anfalls, sondern erst zwei bis drei Stunden später gemessen. Er war da nur wenig höher als sonst.

Ich sah den Kranken erst am nächsten Morgen, nach gut durchschlafener Nacht. Eine eingehende Untersuchung ließ jetzt keine andere Zustandsänderung nachweisen, als eine sehr starke konzentrische Einengung beider Gesichtsfelder für Grün. Während sie bei den früheren Perimetrierungen die normale Extension gehabt hatten, war das Grünerkennen jetzt auf einen minimalen

Bezirk eingeschränkt, dessen Grenzen fast nirgends mehr als 10° vom Fixierpunkt entfernt lagen.

Ich war zuerst meinem Befund gegenüber etwas skeptisch, aber mehrfache Untersuchungen bestätigten ihn nach jeder Richtung hin. Dabei war der Kranke natürlich ganz unbefangen. Er ahnte nicht, warum es sich eigentlich handelte, wenn es ihm auch auffiel, daß er das Grün immer erst sehr viel später sah, als die anderen Farben.

Im weiteren Verlauf ist, wie die späteren Aufnahmen (S. 437—439) zeigen, auch hier eine gewisse Restitution eingetreten, wenn auch die Wiederausdehnung nicht bis zu einer Kongruenz mit den alten Grenzen gegangen ist.

Auch in diesem Falle hat also ein paralytischer Anfall, der jedenfalls mit keiner erheblichen Beeinträchtigung des Bewußtseins, wohl aber mit einer sonst sehr ausgesprochenen psychischen Zustandsschwankung einherging, eine Reihe von Erscheinungen hervorgerufen, die auf eine Alteration in der Sehsphäre und zwar wieder mit besonderem Nachdruck auf eine solche im Farbenfelde hinweisen.

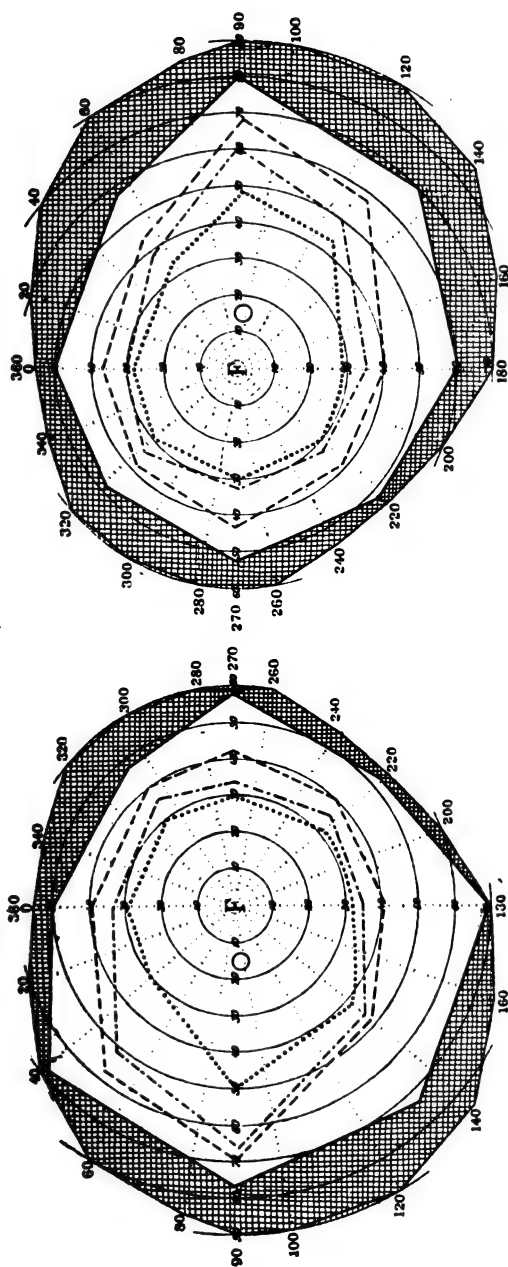
Dabei ist zweierlei besonders bemerkenswert.

Einmal — im Anfall — die Äußerung des Kranken, daß er nur noch wie durch Röhren sehe. Er blieb auch retrospektiv bei der gleichen Angabe, die er noch dahin ergänzte, er habe bloß noch zwei ganz kleine Fleck gesehen, wie wenn man durch einen Gewehrlauf sehe. Es habe übrigens nur wenige Minuten gedauert. Ebenso auffällig ist die restierende konzentrische Gesichtsfeldeinengung für Grün. Auffällig und eigentlich unerklärlich, zumal gerade in dieser Isolierung. Wenn ich auch damals die Kontrastfarbe nur mit Rot und nicht mit Purpur geprüft habe, so ergab sich doch später immer eine so weitgehende Kongruenz des Rot- und Purpurfeldes, daß mir die Annahme einer durch den Anfall gesetzten gleichmäßigen Gesichtsfeldeinengung für Grün und Purpur nicht statthaft erscheinen will, so sehr viel bequemer sie für die Theorie wäre. Denn isolierte Gesichtsfeldverkleinerungen für eine Farbe sind meines Wissens bisher nur für Blau nachgewiesen worden, dessen perimetrische Beschränkung ja *Charkot* geradezu als ein Stigma der Hysterie hervorgehoben hat.

Immerhin wird man hier an Verwandtes denken müssen. Nur ist eben eine andere Qualität betroffen und zwar, was bei der Art der Entstehung aus einem paralytischen Anfall immerhin auffällig ist, in doppelseitiger und fast symmetrischer Lokalisation. Dabei muß die ganze Erscheinung nach den Angaben des Kranken eventuell als der persistierende Rest einer ursprünglich viel größeren Läsion aufgefaßt werden, nämlich einer durch den Anfall gesetzten hochgradigen und allgemeinen Gesichtsfeldeinengung. Das würde direkt dazu nötigen, beide Erscheinungen aus einer verschiedenen Ausbreitung eines im Prinzip gleichen Vorganges abzuleiten, den man sich wohl nur als eine Herabsetzung der Erregbarkeit denken kann, die die Sehsphäre entweder in ihrer allgemeinen Ausdehnung oder im Gebiete der zentralen Symbole bestimmter Netzhautelemente getroffen haben muß.

Gesichtsfeld für weiß und Farben.

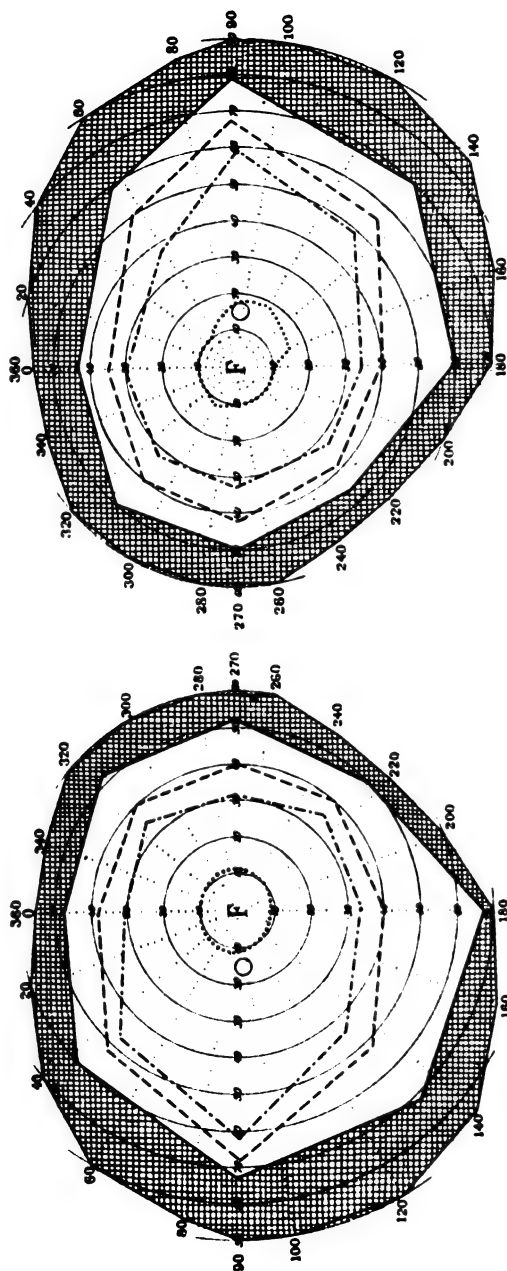
b. Name: v. S. Datum: 18. Februar 1903.



L. R.

Gesichtsfeld für weiß und Farben.

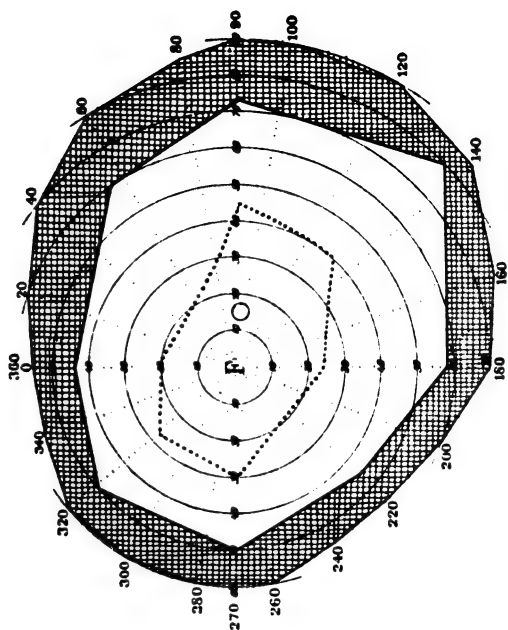
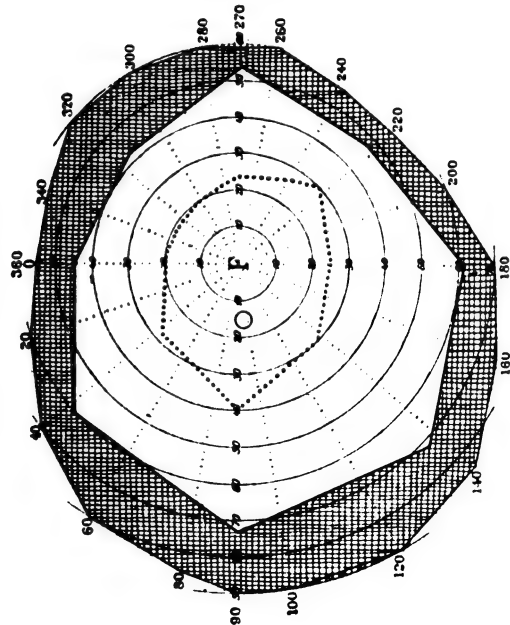
6. Name: v. S. Datum: 13. Mai 1903.



L. R.

7. Name: v. S. Datum: 31. Oktober 1903.

Gesichtsfeld für weiß und grün.



L. R.

Aber mögen da die Verhältnisse sonst liegen, wie sie wollen, eine Annahme scheint mir auch hier und in jedem Falle notwendig, von der Supposition einer spezifischen Disposition der betroffenen nervösen Elemente wird man nicht absehen können.

Auch dieser Fall spricht also für eine besondere dispositionelle, wenn auch wohl an die Grenzen der Individualität gebundene Aresistenz des Farbenheldes gegenüber den schädigenden Einflüssen des Krankheitsprozesses der Paralyse.

Diskussion. Herr *Kalischer*: Ich wollte mir erlauben zu fragen, ob bei den beiden erwähnten Fällen vor dem Ausbruch der Paralyse Anfälle von Migräne oder Flimmerskotom vorausgegangen sind. Es sind doch ähnliche Zustände selbst mit Taststörungen im Arm bei Migräne beobachtet, die mitunter auch stundenlang persistieren. Im ersten Fall dauerte der Gesichtsausfall, wenn ich nicht irre, 24 Stunden; wie lange der Ausfall im zweiten Falle dauerte, gab der Herr Vortragende nicht an.

Herr *Jolly* fragt an, ob nicht Veränderungen im peripheren optischen Apparat im Sinn beginnender Opticusatrophie nachweisbar gewesen seien. Eine Nötigung, die beobachteten Erscheinungen auf Rindenveränderungen zurückzuführen, bestehe jedenfalls nicht. Das Flimmerskotom, welches der Vortragende zum Vergleich herangezogen habe, könne jedenfalls ebenso gut in der optischen Bahn, im Gehirnmarm oder auch im Thalamus opticus oder im Traktus lokalisiert werden.

Vom Vortragenden wurden die Fragen verneint.

Herr *Reich-Herzberge*: Mikroskopische Demonstrationen. (Eigener Bericht).

Vortragender demonstriert mikroskopische Präparate von zwei Krankheitsfällen, in den beiden es sich im wesentlichen um das Auftreten zahlreicher kleinster multipler Herde im Gehirn handelte.

Der erste Krankheitsfall betrifft eine disseminierte Geschwulstbildung.

I. Krankheitsgeschichte: G. T., Tischler; aufgenommen am 14. Mai 1903 aus dem Krankenhause am Urban.

Bei dem wegen einer Lungen- und Brustfellerkrankung aufgenommenen Patienten stellte sich allmählich eine mehr und mehr zunehmende psychische Störung ein. Am 5. Mai zeigte er sich bereits völlig desorientiert, verließ das Bett, verlangte zu arbeiten, sprach viel vor sich hin, schrie auch nachts mitunter um Hilfe und antwortete auf Fragen meist sehr verworren. Er zerschlug und zerstörte seine Sachen, beschmutzte sich und seine Umgebung, ließ Stuhl und Urin unter sich. Da die psychischen Störungen weiterhin zunahmen, wurde T. am 14. Mai 1903 nach der Anstalt „Herzberge“ überführt. Hier zeigte er sich zeitlich und örtlich desorientiert. Meinte, es sei jetzt August, hier sei das Krankenhaus hinter dem Urban, er sei hier in Weißensee, er sei 66 Jahre alt (64). Er sei von der Frau weggegangen wegen der

großschnäuzigen Jungen. $5 \times 6 = 20 = 25 = 30$. Er widersprach sich häufig in seinen Angaben, war zeitweise unruhig und bettflüchtig, war unsauber und schmierte mit Kot.

Auf der linken Stirnseite eine Narbe. Nase gerötet, mit Teleangiektasien.

Rechte Lungenspitze: verkürzter Schall, verlängertes Expirium, vereinzelte knackende Geräusche. Über der rechten Lunge hinten, unten, Dämpfung bis zum siebenten Brustwirbel, darüber abgeschwächtes Atmen. Am 16. Juni 1903 erfolgte unter zunehmender Schwäche der Tod. Die Sektion ergab: Auf der basalen Dura pachymeningitische zarte Auflagerungen, zirkumskripte Verwachsungen der Pia in der vorderen linken Schädelgrube mit der Dura. Pia im allgemeinen glatt abziehbar, diffus milchig getrübt. Am vorderen Pol des linken Stirnhirns ein kleiner, leicht eingesunkener, gelbbrauner Herd von gallertiger Konsistenz. Sonst Hirnoberfläche ohne Besonderheiten. Die erweiterten Ventrikel enthalten reichlich klare Flüssigkeit. Auf dem Durchschnitt des Großhirns und auch des Kleinhirns zahlreiche kleine erweichte Herde — gerade wahrnehmbar bis zu Linsengröße —, die fast alle in der grauen Rinde oder an der Grenze der Rinde gegen das Mark lagen. Auch im Kleinhirn fanden sich beiderseits halblinsengroße erweichte (?) Stellen. Gefäße der Basis und zum Teil auch der Konvexität zeigten zahlreiche gelbliche sklerotische Flecken. Im übrigen ergab die Sektion am Gehirn nichts Besonderes. Die Sektion der Körperhöhlen stellte fest: rechtsseitige seröse Pleuritis mit Tuberkulose des Ober- und Mittellappens der rechten Lunge, ferner Sklerose der Aortenintima und der Mitral- und Aortenklappen, sowie braune Degeneration des Herzmuskels. Die zahlreichen kleinsten, braunroten Herde im Gehirn machten den Eindruck kleiner Erweichungen und wurden ursprünglich als solche aufgefaßt. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber, daß es sich hier um zahlreiche Geschwulstknötchen handelte, die sich an den in die Rinde hineinziehenden Gefäßen der Pia entwickelt hatten. Auf Schütteln (Demonstration) zeigt sich, daß die Geschwulstknötchen sich zusammenziehen aus großen epithelartigen Zellen, die in Form von Strängen angeordnet sind, in deren Mitte sich ein Blutkörperchen führendes, ziemlich weites Lumen zeigt. Stellenweise sieht man deutlich, daß es sich um geschwulstartig veränderte Gefäße handelt, die mit der Pia in die Hirnrinde ziehen. Die Geschwulst ist nach Herrn Prof. v. *Hansemann*, der die Freundlichkeit hatte, meine Präparate durchzusehen, als Perithelium zu bezeichnen, und zwar handelt es sich um eine Geschwulst, die in dieser Art nur im Gehirn beobachtet wird und aller Wahrscheinlichkeit nach primär sich an dieser Stelle entwickelt hat. Die demonstrierten Präparate sind in pathologisch anatomischer Hinsicht insofern von besonderem Interesse, als das Perithelium in dieser disseminierten Form überraum selten vorkommt; meist handelt es sich dabei um größere von dem Plexus oder der Pia ausgehende Geschwülste. Außerdem erscheint der Fall insofern von Interesse, als hier nur durch die mikroskopische Untersuchung der Nachweis der Geschwulstbildung erbracht werden konnte, während das makroskopische Bild die

Annahme kleinster Erweichungsherde nahelegte. Die einzelnen Geschwulstherde waren dabei so klein, daß sie, falls nicht die braunrote Färbung derselben ihr Auffinden ermöglicht hätte, sicher übersehen wären. Vortragender glaubt sich zu der Annahme berechtigt, daß in seinem Falle die von den disseminierten Geschwulstherden hervorgerufenen anämischen Läsionen als Ursache der psychischen Krankheitserscheinungen anzusehen sind und möchte sich der Ansicht *Sängers* und *Siefert's* anschließen, daß in allen Fällen, in denen bei primären Geschwulstbildungen in anderen Körperteilen Erscheinungen von Erkrankungen des Gehirns auftreten, in erster Linie an Metastasenbildung im Gehirn zu denken ist und daß eine solche nur dann auszuschließen ist, wenn auch die mikroskopische Untersuchung die Abwesenheit metastatischer Knoten ergeben hat. Die bloße makroskopische Untersuchung des Gehirns dürfte in solchen Fällen nicht ausreichen, um Gehirnmastasen auszuschließen.

II. Fall. Gehirnveränderungen bei Chorea minor.

Krankheitsgeschichte: Marie C., Arbeiterfrau, 27 Jahre, stammt aus völlig gesunder Familie. Im siebenten Lebensjahre Typhus. Keine Residuen. Normale Entwicklung. Geistig rege Person. Im Alter von 20 Jahren Fall vom Heuboden; schwere allgemeine Erschütterung, nicht ganz bewußtlos, etwa 14 Tage arbeitsunfähig. Schien der Mutter seitdem nicht mehr ganz richtig. Mit 24 Jahren verheiratet. Etwa seit der Zeit an Reißen gelitten, ohne aber dadurch arbeitsunfähig zu werden. 4 Kinder. Bei der ersten Schwangerschaft zuerst geistig gestört. Wischig im Kopf, konnte sich nicht recht besinnen, oft niedergeschlagen, manchmal sehr heftig. Notorische Unruhe. Nach der Geburt wurde es besser, doch blieb die Unruhe bestehen und traten zeitweise wieder geistige Störungen auf. Bei jeder neuen Schwangerschaft Verschlimmerung. Am 7. Juli 1900 Aufnahme in das Krankenhaus zu Rummelsburg.

Dort beobachtet: choreatische Zuckungen der Extremitäten und Gesichtsmuskulatur, mehrfache tobsüchtige Erregungen, verworrene Reden, Versuch, aus dem Fenster zu stürzen. Am 9. Juli 1900 in Herzberge aufgenommen.

Kam an mit lebhaften allgemeinen choreatischen Zuckungen (auch Gesicht, Zunge, Kehlkopf, Zwerchfell).

Die Zuckungen werden beim Versuche, die Hand zu geben, lebhafter, Sprache: artikulatorisch gestört. Die Zuckungen hielten in wechselnder Stärke an, sistierten aber im Schlaf. Psychisch: örtlich und zeitlich unorientiert, erregt und verwirrt. Halluziniert (ihre Mutter habe ihr gewinkt, es rieche nach Gift, wird von Männern fortwährend geschlechtlich belästigt). Die Erregung war zeitweise so hochgradig, daß Patientin isoliert werden mußte. Am 20. Juli 1900 unter zunehmender Schwäche Tod unter pneumonischen Erscheinungen.

Psychisch in den letzten Tagen ruhiger.

Die Sektion ergab: Pneumonia lobularis pulm. dextr., Pleuritis fibrosa chronica dextra, Hypertrophia cordis universalis.

Das Gehirn ließ bei makroskopischer Betrachtung keine Abweichung in der Norm erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung wurde in der Weise vorgenommen, daß parallel des Sulcus Rolandi zwei Fingerbreit vor und hinter demselben ein Schnitt gelegt wurde durch die ganze Hemisphäre, sodaß das vordere Stück das Stirnhirn, das mittlere Stück die Zentralwindungen, den Fuß der Stirnwindungen, das vordere Parietal- und das vordere Temporalhirn, das hintere Stück das occipito Parietal- und das hintere Temporalhirn enthielt. Durch senkrecht zur Gehirnoberfläche in sagitaler Richtung gelegte Schnitte wurde nunmehr der Gehirnmantel in schmale Streifen zerlegt und diese weiterhin mikroskopisch so verarbeitet, daß immer auf einen Millimeter ein Schnitt kam. Es wurde so das ganze Mittelstück (Zentralhirn, hinteres Stirnhirn, vorderes Parietalhirn und vorderes Temporalhirn), außerdem auch große Teile des Frontal- und Occipitalhirns bearbeitet. Außerdem wurden eine Anzahl Schnitte aus dem Corpus striatum, dem Linsenkern, Sehhügel, Hirnstamm und Rückenmark angefertigt. Dieselben wurden größtenteils nach *van Gieson*, zum Teil auch mit *Weigerts* Markscheidenfärbung mit Nigrosin und mit basischen Anilinfarbstoffen gefärbt. Als mikroskopischer Befund ergab sich folgendes (mikroskopische Demonstration, diaskopische Projektion der entsprechenden Präparate): Die Pia mater zeigt zahlreiche kleine Blutungen. Die perivaskulären Gefäßscheiden sind auffallend weit und zeigen vereinzelte Blutaustritte.

Gefäße der Pia und die von derselben ausgehenden Gefäße der Rinde sind zum Teil thrombosiert.

Die Gehirnrinde ist auffallend reich an runden Kernen, die insbesondere entlang der Kapillaren und in den perigangliopheren Räumen auftreten, zum Teil auch in Form kleiner rundlicher Herde im Gewebe angeordnet sind. Die Ganglienzellen der Rinde zeigten eine verwaschene Färbung mit Methylenblau, Neutralrot etc.

Der auffallendste Befund sind zahlreiche kleine Herde bis zu mehreren Millimetern im Durchmesser, die um kleine Gefäße herum angeordnet sind und die sich in der Rinde, zum Teil auch in den an die Rinde angrenzenden Markschichten vorfinden. Diese Herde fallen in Gieson- und Nigrosinpräparaten als helle Flecken auf. Die Neuroglia erscheint in denselben auffallend weitmaschig, wie zerfressen, zum Teil bis zur Entstehung von ziemlich großen Hohlräumen aufgelöst. Die Nervenfasern sind in den Herden wohl zum Teil zugrunde gegangen, haben aber doch erheblich weniger gelitten als die Neuroglia. Mit Hilfe der *Weigert*-Färbung erkennt man, daß vielfach die Fasern intakt durch die kleinen Herde hindurchziehen. Häufig zeigt sich dabei ein stark gequollener Zustand des Markes an den betreffenden Stellen. Auch an Axenzylinder-Präparaten, hergestellt nach der Methode von *Kaplan*, kann man nachweisen, daß die Axenzylinder größtenteils erhalten sind. Die Ganglienzellen sind in den Herden zugrunde gegangen. Sie erscheinen als für Methylenblau wenig färbbare, schwammartig durchlöchernte, sklerosierte und geschrumpfte Bildungen. Mit sauren Farbstoffen färben sich diese Klumpen intensiver als die erhaltenen Zellen der Umgebung.

Die Verteilung der Herde beschränkt sich in der Hauptsache auf die motorischen Rindengebiete. Sie wurden beiderseits in der vorderen und hinteren Zentralwindung und in der hinteren Frontalgegend gefunden. In den übrigen Hirnteilen (vorderer Hirnpol, Parietal-Occipital-Temporalhirn, Stammganglien, Hirnstamm und Rückenmark) wurden sie nicht gefunden. Sekundäre Veränderungen des Rückenmarkes konnten ebenfalls nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Die sogenannten Choreakörperchen wurden nicht nachgewiesen. Vortragender verzichtet auf Besprechung der vorhandenen Literatur und der für die Beurteilung in Betracht kommenden Gesichtspunkte mit Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit. Er weist nur darauf hin, daß es wohl nahe liegt, die beschriebenen Herde, zumal ähnliche Befunde schon von anderer Seite erhoben sind, in Betracht ihrer Prädilektionsstelle in den motorischen Teilen des Gehirns in ursächlichen Zusammenhang mit den choreatischen Erscheinungen zu bringen. Vielleicht dürfte die beobachtete Quellung der Markscheiden in den kleinen Herden den Reiz für die Auslösungen der choreatischen Bewegungen darstellen.

Gock.

Literatur.

Grohmann-Zürich: Die Vegetarier-Ansiedlung in Ascona und die sogenannten Naturmenschen im Tessin. Referate und Skizzen. Halle a. S. Verlag von E. Marhold. 1904. 63 Seiten.

Grohmann hat seine Befähigung zur Auffassung und Wiedergabe sonderbarer Menschenkinder und wunderlicher Naturen in verschiedenen Schriften nachgewiesen, und sein naturwüchsiger und dabei liebenswürdiger Humor macht sie für uns zu einer reichen Quelle von Anregung und Genuß. Das gilt in besonderem Maße von der obigen kleinen Broschüre.

Er schildert uns darin den Versuch einer Anzahl von Menschen, den passiven Anarchismus *Tolstois* in die Praxis umzusetzen und frei von jedem Zwange sich lediglich nach ihrer eigenen Façon auszuleben.

Seit etwa drei Jahren hausen auf einem felsigen Rebhügel, $\frac{3}{4}$ Stunden von Locarno, etwa 30—40 Menschen einträchtiglich zusammen; Männlein und Weiblein, zum Teil in vegetarischer Ehe und bei vegetarischer Lebensweise. Und sonderbar wie ihr Leben ist auch ihre Kleidung. Zwar mußte sie anfangs von der äußerst toleranten Polizei auf ein zulässiges Maß heraufgehoben werden, aber auch heute noch bekreuzigen sich die Bauernweiber der Umgebung, wenn ihnen ein Vegetarier auf der Landstraße begegnet, und der Verfasser berichtet von einem seiner dortigen Freunde, daß er ihn auf dem Marktplatze zu Locarno im Schneegestöber angetroffen habe, wo er einen dicken Überzieher trug und sonst absolut gar nichts.

Dabei ist ihr Ziel ein rein ideales und sie streben, wie sie in der von ihnen beliebten Rechtschreibung angeben: der lüge zur fernichtung der warheit zum sige zu ferhelfen.

Wenn wir die menschliche Gesellschaft in drei Gruppen zusammenfassen: Carnivoren, Vegetarier und Vegetabilier (pflanzliche Rohkost), so könne es zwar in allen drei Gruppen schlechte Menschen und Materialisten geben, aber immerhin habe einer, je höher er in dieser Reihenfolge emporsteige, desto mehr Aussicht darauf, ein vollkommener Mensch zu werden. Dabei sind sie durchweg Optimisten, und Sorgen um die Zukunft macht sich keiner.

Karl, ein früherer österreichischer Offizier, erklärte, „er und seine Frau seien jetzt noch in einer peinlichen Lage, in einer Übergangsperiode, abhängig und gedrückt durch den Zwang, den jeglicher Besitz von Geld mit sich bringe. Das wird bald anders. Unser Geld ist im Ausgehen begriffen und schon nächstes Jahr wohl wird es zu Ende gehen. Wir werden dann einfacher, freier dastehen, unbeirrt und in der richtigen Wechselwirkung der Kräfte. Es wird noch sehr schön werden.“ Und in der Tat haben sich bereits einige Kaufleute in Locarno auf den Tauschhandel eingerichtet, wo die Vegetarier für Fruchtsäfte, die sie bereiten, etwa Seife bekommen, und mit Zündhölzern u. dergl. herausgegeben, eine Geldeinheit dabei aber nicht genannt wird.

Groß ist ihre Vorliebe fürs Theoretisieren und einmal in dieser, das andere Mal in jener ihrer Hütten oder unter einem Kastanienbaum bilden sich Konventikel, die die höchsten Fragen der Menschheit entscheiden, Formeln bilden, Standpunkte präzisieren und Schlagwörter prägen, nach denen in nächster Zeit zwar auch gelebt, vielfach aber auch nur weiter gegrübelt wird. Gelegentlich kommt auch der Spiritismus auf, besonders im Winter, wenn es an anderem fehlt, und die meisten lesen Schriften von einer Sorte, wie sie der übrige Teil der Menschheit gar nicht kennt. Einst saß *Gr.* mit einem halben Dutzend seiner dortigen Freunde im Grase. Rechts ein Feigenbaum, links ein Esel. Neben einer Schüssel mit Äpfeln die nackten Füße des einen, dann ein Körbchen Nüsse und die Füße und Sandalen eines anderen, nackte Waden in allen Verkürzungen und zugreifende Hände, sonnenverbrannt in allen Schattierungen. Nach dem Mahle gab es ein allgemeines Herumliegen auf den Hüften und Bäuchen. Der Gastgeber las dazu auch auf dem Bauche liegend und den Kopf in die Hände gestützt, andächtig und langsam und unter allgemeiner Befriedigung der Zuhörer aus einem theosophisch-ästhetischen Buche, das vor ihm im Grase lag. Ein Satz, der allgemein befriedigte, hat gelautet: Die Liebe ist der Übergang vom Endlichen zum Unendlichen.

Es scheint wirklich, als ob eine unzureichende Ernährungsweise zu derartigen theosophischen Gedanken anrege, wie etwa das Hungern zur Exstase. Unwillkürlich fällt mir dabei der ungezogene Liebling der Musen ein und sein köstlicher Schnabelewebski. Auch dort disputierten sie, wenn das Feuer schlecht war, über die Existenz Gottes. Aber der liebe Gott hatte noch die Majorität, wenn es wenigstens Käse zum Nachtsch gab. Eines Tages fehlte auch dieser, und Gott kam in die Minorität und sein Partisan zum Tode.

So tragisch scheint der Meinungs austausch in Ascona nicht zu werden. *Gr.* wenigstens berichtet nichts der Art, und wenn sich in der Ansiedlung zweifelhafte Charaktere zeigten, haben sie sich bald wieder weggelangweilt oder man hat sich ihrer durch Kündigung entledigt. Die meisten sind eben Optimisten, gute und harmlose, zum Teil ethisch hochstehende Menschen, aber sie pflegen den Enthusiasmus eines überwuchernden Altruismus, der das Verhältnis zwischen Wollen und Können nicht abschätzt. Sein bloßes Bestehen aber ist eine Quelle glücklicher Gefühle. Sie halten gerade ihre

Lebensweise für das Richtige und achten sich untereinander hoch als Mitsucher nach der Wahrheit.

Geradezu köstlich sind die Biographien der einzelnen.

Da ist z. B. Gusti der Poet — Künstler. Er hat eine Abeigung gegen das Wohnen in Häusern und gegen den Gebrauch von Geld. Eine Zeitlang hat er in jenen Gebetsnischen und Kapellen von etwa einem Quadratmeter Bodenfläche übernachtet, die dort, in katholischer Gegend, häufig sind. Seitdem haust er auf eigenem Grund und Boden in einer malerischen Felsspalte. *Gr.* sah dort außer einigen Decken auf dem Boden nichts einer menschlichen Spur ähnliches als einen kleinen Trog aus vier flachen Steinen gebildet, in der Größe etwa eines Zigarrenkistchens. Er enthielt Obstkerne. Gusti hebt die bei seinen Obstmahlzeiten verbleibenden auf und verwendet sie bei Gelegenheit seiner Spaziergänge in der Umgebung. Er streut sie aus am Wege und rechnet auf den Genuß und Vorteil, den die aus den Kernen wachsenden Obstbäume dem durstigen Wanderer am Wege bieten werden. Er hat vor, sein Felsenheim zwar klassisch einfach aber doch malerisch und gemütlich auszugestalten aus allerhand Siebensachen, die er sich zusammensucht, und dann eine Lebensgefährtin zu suchen, ein braves und schönes Felsenweib. Seinen Namen Gustav Gräser hatte er in Gusto Gras umgewandelt. Denn ihm als Einzelwesen komme kein Name zu, der eine Mehrzahl bedeute und Gusto nenne er sich, weil er Gefallen habe an den Dingen dieser Welt.

Karl, der schon erwähnte frühere österreichische Offizier, plant mit seiner Frau eine Reise nach Sizilien, deren Kosten sie nach den Auslagen, die sie auf anderen Touren hatten, für diese Wintersaison auf ungefähr 20—30 Franken veranschlagten. Sie hatten *Grohmann* dazu eingeladen und nannten als seine wahrscheinlichen Kosten 40 Franken, da er noch zu kompliziert sei. Das Fleischessen werde er auf dem Wege schon nach und nach verlieren. Abends werde beim Ankommen in einem Dorfe von der Frau fouragiert, der Mann mache das Feuer an, wo es eben gehe, und *Grohmann* spanne das Zelt auf. Die Poesie des Zigeunerlebens!

Es ist eine wunderliche Gesellschaft, mit der uns *Gr.* hier bekannt macht, und es kann nicht fehlen, daß sie die verschiedenartigste Beurteilung findet. *Gr.* stimmt der Ansicht der Dorfbewohner von Ascona bei, mit denen sie jetzt schon jahrelang im Verkehre gestanden haben. Es seien sonderbare Leute, nicht einmal ein Glas Wein wollen sie trinken und sie haben eine Kost, die wir nicht versuchen möchten, und alles wollen sie anders machen als wir. Aber sie sind gute Menschen.

Es ist das Verlangen nach persönlicher Freiheit, nach dem Ausleben auf Grund eigener Ansichten und Bedürfnisse, des Verlangens, zu entfliehen aus der Welt der Gemeinheit, der Konvenienz, der ungesunden Kompliziertheit, und mitzuhelfen an einer großen Zukunft und einer neuen Epoche, zu der sie die Zeit reif finden.

Damit aber eine solche Gemeinschaft überhaupt bestehen kann, bedarf es einer nachsichtigen Bevölkerung und nachsichtiger Behörden. Beides haben

sie im Tessin gefunden, und nur dieser Nachsicht ist es zuzuschreiben, daß mit der Vegetarieransiedlung in Ascona ein extremes Beispiel dafür entstehen konnte, wie auch für extreme Ausnahmemenschen das erreicht werden kann, daß jeder so weit es sich nur irgendwie mit den Interessen der Gesellschaft verträgt, leben könne, wie er es für recht findet. *Pelman.*

Mönkemöller: Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. Halle, Verlag von Carl Marhold. 251 S. 1903. 4^o.

Der Verlag von Carl Marhold in Halle, welcher sich im letzten Dezennium der Herausgabe von psychiatrischen und neuropathologischen Schriften, nicht ohne Opfer, mannigfach gewidmet hat, hat sich in dem vorliegenden Werke, dem sie zur Veröffentlichung verhalf, ein nicht geringes Verdienst erworben.

Es sind nicht viele, die zur Zeit der Geschichte der Psychiatrie ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Die Entwicklung dieser Disziplin bedingt dies, aber an Anfängern fehlt es auch nicht und die Universitäten legen Zeugnis von dem Bedürfnisse ab. Die Zahl der Lehrer vermehrt sich an den letzteren, welche mit der Geschichte der Medizin beauftragt werden.

Wir besitzen schon wertvolle kleinere Schriften, welche uns in einzelnen Städten über die dortige Fürsorge für die Geisteskranken aus früherer Zeit aufklären, z. B. in Frankfurt a. M. und Braunschweig. Die vorliegende Schrift ist jedoch auf die Studie über einen größeren Umkreis begründet, wie es das frühere Königreich Hannover war, und der Verf. hat sie auf andere nahe Gebiete ausgedehnt.

Wie ernst Verf. mit seinen Forschungen zu Werke geht, kann man daraus ersehen, daß er nicht nur aus den verschiedenen Geschichtswerken, welche das Land betreffen, die oft dürftigen Nachrichten über die Fürsorge der Geisteskrankheiten gesammelt, sondern auch die Archive der verschiedenen Städte, wie Osnabrück, Goslar, Hildesheim, Celle, Hannover, Göttingen, Lüneburg durchstöbert hat. Verordnungen, die dem Verf. besonders wichtig erschienen, teilt er ausführlicher mit. Man erkennt daraus, in welchen Vorstellungen damals sich die Gesetzgebung und das Volk überhaupt bewegte und wie der Geldpunkt jeden Fortschritt hemmte.

Seine Nachforschungen über die frühere Anstalt Breitewiese bei Lüneburg haben zwar nur wenige Resultate ergeben, immerhin aber einige. Diese Anstalt hat ja für Deutschland besonderen Wert. Hatte sie doch seinerzeit solchen Ruf, daß die Kaiserin Katharina von Rußland 1765 behufs einer Reform des Irrenwesens in ihrem Lande, die Kais. Akademie in Petersburg beauftragte, sich über diese Anstalt zu orientieren. Letztere sandte den Prof. von *Schlözer* dahin, wo die Kranken ohne Zwang sich großer Freiheit erfreuten und auch außerhalb des Hauses sich bewegen konnten. Die Anstalt ging 1816 ein und die Gebäude wurden abgebrochen. Sie war leider eine

Oase in Deutschland. Weder die Behörden, noch die Ärzte, noch das Volk vermochten aus dieser Erfahrung weitere Folgerungen zu ziehen, natürlich noch weniger in Rußland, wo selbst eine Kaiserin Katharina ihre edlen Bestrebungen nicht zur Ausführung bringen konnte, weil das Volk noch mehr in der Bildung zurückgeblieben war.

Mit welcher Genauigkeit und Vollständigkeit Verf. sich seine Aufgabe gestellt, sieht man daraus, daß er die wissenschaftlichen Arbeiten registriert, die sowohl in Hannoverschen Landen ans Tageslicht traten, als auch die, welche von den dort ansässigen Ärzten veröffentlicht wurden.

Was das Buch bietet, mag wohl durch Arbeiten ergänzt werden, welche in anderen deutschen Ländern zu Tage treten, aber man kann annehmen, daß dort in ähnlicher Weise sich die Fürsorge für die Geisteskranken geöffnet hat.

Mönkemöller hat sein Buch in verschiedenen Kapiteln besprochen. Mit dem Hexenprozeß in Hannover beginnt er, mit der Behandlung der Geisteskranken bis zur Eröffnung des Zucht- und Tollhauses zu Celle fährt er fort. Er führt dann die anderweitigen Unterbringungsorte im 19. Jahrhunderte an, schildert genauer die Entwicklung der Anstalten zu Hildesheim, Göttingen, Osnabrück, Lüneburg, die koloniale und familiäre Verpflegung, die Pflegeanstalt zu Wunstorf, die Privatanstalten Hannovers, die Fürsorge für die Epileptischen, für die Idioten, die Fürsorge für verwandte Gebiete. Er beantwortet allgemeine Anstaltsfragen in besonnener Weise und schließt mit forensischen und statistischen Erörterungen.

Das Buch kann mit gutem Gewissen allen denen empfohlen werden, die sich in der Geschichte der Psychiatrie in Deutschland zu orientieren die Neigung haben.

L.

Jolly: Arzt und Geisteskranke. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1. Jahrg.

Der vorliegende Aufsatz unseres so früh uns entrissenen *Jolly* ist nicht für die Fachgenossen geschrieben, aber er ist sein letzter, der erst nach seinem Dahinscheiden veröffentlicht wurde, und in seinem Inhalte prägt sich wiederum der Geist aus, wie er in den vielen Nekrologen, die ihm zuteil wurden, geschildert ist. Die Fähigkeit zu forschen, die Klarheit seines gereiften Urteils, die Liebe, die er seinen Kranken entgegenbrachte, sind auch hier wiederzufinden.

Leider werden ja viele Fehler von den Hausärzten und den Angehörigen der Kranken aus Mangel an Verständnis für die letzteren begangen, und es ist von hohem Werte, daß auch ein *Jolly* sich bemüht, hier Aufklärung zu verbreiten.

Der Hausarzt soll die verantwortliche Frage entscheiden, was zunächst mit dem psychisch Erkrankten geschehen soll, vor allem, ob es notwendig ist,

den Kranken in eine Anstalt zu verbringen, oder ob es möglich und zweckmäßig ist, ihn wenigstens zeitweise außerhalb derselben zu behandeln, und ob es unter Umständen sogar besser für ihn sein kann, diese Behandlung dauernd zu versuchen, endlich in welcher Weise zu verfahren ist, wenn psychisch Kranke in eine Anstalt verbracht werden sollen.

Hierüber gibt Verf. in leicht verständlicher Sprache klare Auskunft und es scheint mir gerechtfertigt, die Fachgenossen auf diese kleine Schrift an dieser Stelle aufmerksam zu machen, damit sie in den betreffenden Kreisen zu ihrer Verbreitung mitwirken können. L.

Berze: Über das Primärsymptom der Paranoia. Marhold, Halle, 1903, 57 Seiten.

In überaus klarer und überzeugender Weise liefert im obigen der Verf. einen wertvollen Beitrag zur schwierigen Frage der Paranoia. Wir tun wohl am besten, wenn wir hier seine Hauptresultate mit seinen eigenen Worten wiedergeben: „1. Es gelingt, aus den als Paranoia bezeichneten Krankheitsfällen eine bestimmte Gruppe auszusondern, welche durch die chronische Wahnbildung charakterisiert ist. Diese Gruppe wird also von Fällen einer Krankheit *sui generis* gebildet. 2. Die psycho-pathologische Grundlage dieser Krankheit ist eine Störung der Apperzeption, welche darin besteht, daß der Vorgang der Erhebung eines psychischen Inhalts in den inneren Blickpunkt erschwert ist. 3a. Diese Störung führt zunächst das Gefühl des Erleidens im Anschlusse an die passive Apperzeption herbei. 3b. Diese Störung zieht zweitens das Ausbleiben einer Reihe von Apperzeptionsakten, die beim Gesunden anstandslos vor sich geht, nach sich. (Darauf besonders beruht die Kritiklosigkeit der Paranoiker.) 3c. Diese Störung führt drittens dazu, daß das Sinken bewußt gewordener psychischer Inhalte unter die Schwelle des Bewußtseins behindert, verzögert wird. 4. Das Gefühl des Erleidens begründet den Wahn des „Geschädigtwerdens“. 5. Die Behinderung apperzipierter Inhalte, unter die Schwelle des Bewußtseins zu sinken, im Vereine mit der Beschränktheit des Bewußtseinsinhalts führt zum „Zwange zu fehlerhaften Beziehungen“. Wenn das Gefühl des Erleidens dabei mitredet, kommt es zur „fehlerhaften Eigenbeziehung“. 6. Auf dem Wege der „fehlerhaften Eigenbeziehung“ kommt es gelegentlich dazu, daß sich aus dem Wahn des „Geschädigtwerdens“ der Wahn des „Verfolgtwerdens“ entwickelt. 7. Der Größenwahn geht infolge Wegfalles der beim Gesunden durch die Kritik bewirkten Hemmung, aus seinen physiologischen Grundlagen hervor. 8. Halluzinationen u. dgl. sind häufige, aber unwesentliche Symptome der echten Paranoia. 9. Die Paranoiker leiden an einem destruktiven psychischen Defekt, nicht aber an Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne des Wortes.“

Verf. spricht sich entschieden gegen affektive Störung der Paranoia als primären Vorgang aus, wenn er eine solche in einer Reihe von Fällen auch

gesehen hat. Wenn er aber aufzeigt, daß das Primäre eine (irgendwie begründete) Apperzeptionsstörung ist — ganz abgesehen davon, daß die *Wundtsche* Apperzeptionslehre als solche von sehr vielen nicht anerkannt wird —, welche dann ein „Gefühl des Erleidens“ setzt, so sehe ich in letzterem Zustande auch nur einen ausschlaggebenden Affekt, dessen primäre Ursache nur gezeigt ward. So bestätigt Verf. schließlich doch nur die von ihm bekämpfte Lehre, deren Annahme wohl eine sehr naheliegende ist, schon um der Paranoia, den übrigen Psychosen gegenüber, keine prinzipiell andere Pathogenese zu vindizieren. Es können, nach Ansicht des Ref., nur graduelle, keine wirklich qualitativen psychologischen Unterschiede sein, die die Paranoia von den übrigen Psychosen genetisch trennen.

Näcke.

Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik.

Herausgegeben von Prof. Dr. H. Groß in Prag. 12. Bd., 1903.

Leipzig, Vogel. Jährlich 2 Bde. à 12 M.

Nachdem soeben oben genanntes Archiv seinen 12. Band, sein 6. Lebensjahr hinter sich hat, gebührt es sich wohl, darauf mit einigen Worten für die Fernerstehenden zurückzukommen. Das ihm vom Anfang an gestellte Prognostikon hat sich glänzend bewährt. Nicht nur ist die Zahl der Abonnenten für eine wissenschaftliche Zeitschrift und eine so junge schon eine recht erhebliche, sondern sie steigt immer mehr an, und dies Journal wird immer mehr auch in fremden Ländern anerkannt. Und das mit vollem Rechte! Ref. liest seit Jahren auch die entsprechenden Archive Frankreichs und Italiens, *Lacassagnes* Archives d'anthropologie criminelle etc. und *Lombrosos* Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale und muß gestehen, daß im Durchschnitt ihm die Arbeiten des deutschen Archivs höher zu stehen scheinen, als die der andern, wobei in der Wertskala das italienische am tiefsten steht, da es sehr oft nur reine Feuilletonartikel als wissenschaftliche Arbeiten aufischt, ganz im Gegensatze zu den meist so gediegenen psychiatrischen, neurologischen etc. Arbeiten der Italiener in anderen Fachjournals. Trotzdem ergänzen sich alle drei Journale sehr glücklich. Das deutsche legt vornehmlich Wert auf psychologische Untersuchungen im engeren und weiteren Sinne, soweit sie namentlich für den Richter Interesse haben, während leider bis jetzt die somatische Kriminalanthropologie nur wenig gepflegt ward, mehr schon die Verbrecherpsychologie. Ursache davon ist jedenfalls, daß die unwissenschaftliche Art, wie *Lombroso* und sein Gefolge die Kriminalanthropologie betreibt, bei den nüchternen und kritischen Deutschen nur wenig Anklang findet und sie sogar in dieser Richtung von eigenen Forschungen abhält. Das französische Archiv pflegt besonders die forensische Medizin, ganz wenig auch die somatische Kriminalanthropologie, die hinwiederum im italienischen Archiv stark vertreten ist, in allerdings qualitativ sehr anfechtbarer Weise. In der deutschen Zeitschrift schreiben zurzeit fast noch mehr Juristen als Mediziner, ja es erscheinen sogar bisweilen rein juristische Themen, während in den fremden

Journalen die Mediziner die Oberhand haben. Der Ausführlichkeit halber sei erwähnt, daß seit einigen Jahren in Buenos Aires ein spanisches Archiv ähnlicher Tendenz erstanden ist, das Ref. selbst leider nicht kennt, aber, den Referaten nach zu urteilen, interessant genug erscheint, leider aber ganz in *Lombrosos* Banden geschlagen erscheint.

Der Psychiater speziell wird gut tun, auch in dem *Großschen* Archive sich genau umzusehen. Nicht nur findet er darin eine Menge von psychiatrischen Dingen, forense Psychiatrie, forense Medizin etc., sondern sehr viel Psychologisches aller Art, das das Normale oder Pathologische betrifft, nicht minder Soziologisches. Heute kann aber ein moderner wissenschaftlicher Psychiater nicht bestehen, ohne seinen Horizont immer weiter zu entfalten, besonders die Psychologie im Individuum und in der Masse, im normalen und kranken Zustande genau kennen zu lernen, womit auch die Notwendigkeit sich ergibt, mit der Soziologie und angrenzenden Gebieten der Jurisprudenz, Nationalökonomie, Geschichte, Bio-, Anthropologie etc. sich einigermaßen zu befreunden. Dies ist sicher alles für den Geist und die Praxis unendlich fruchtbarer, als ganz einseitig z. B. nur zu mikroskopieren und darüber den Mikro- und Makrokosmos zu vergessen. *Näcke.*

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben von Dr. *H. Hirschfeld*. V. Jahrg., Leipzig, Spohr, 1903. 2 Bde. à 706 u. 657 Seiten.

Das massenhafte Material ist der Anlaß, daß heuer das vortreffliche Jahrbuch, das für Interessenten, besonders Psychologen, Juristen und Psychiater immer unentbehrlicher wird, in zwei starken Bänden erschien, in vortrefflicher Ausstattung und mit vielen Photogrammen und Textfiguren. Die erste große Arbeit des ersten Bandes handelt über „Ursachen und Wesen des Uranismus“¹⁾ und ist von einem der Berufensten auf diesem Gebiete, von *M. Hirschfeld*, dem Herausgeber des Jahrbuchs, geschrieben, der nicht weniger als mindestens 1500 lebende Homosexuelle zum Teil seit Jahren kennt. Ohne Zweifel bildet diese große Arbeit (194 Seiten) ein standard work und mit den entsprechenden Büchern von *Moll* und *Krafft-Ebing* eine feste Trias für alle Zeiten. Stets ist nach ihm die H. (= Homosexualität) angeboren, nie erworben, speziell nie durch Übersättigung, Onanie oder schlechte Lektüre. Die Juden haben nicht weniger H. als die Christen, die Germanen aber wahrscheinlich mehr als die Romanen. Die bisexuelle Anlage erklärt die H. am besten. Ganz klassisch wird das urnische Kind geschildert und die große Wichtigkeit der Träume für die H. — auf die *Näcke* am meisten hinwies — bestätigt. Schön

¹⁾ Auch unter dem Titel: „Der urnische Mensch“, separat bei Spohr in Leipzig erschienen (4 M.).

ist auch die Psychologie des Urnings gegeben. Es gibt keusche und lasterhafte H., platonisch Liebende (? Ref.) und sehr sexuelle. Nichts kann den Trieb beheben. Nur ca. 25 % H. waren erblich belastet. Nur ca. 16 % (unter 200) boten Stigmata dar und diese waren fast alle erblich belastet. H. hat mit Degeneration nichts zu schaffen, ist kein Atavismus. Man sieht, Verf. vertritt fast dieselben Ansichten, die Ref. kürzlich in dieser Zeitschrift in seiner Arbeit „Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität“ entwickelte.

Im zweiten Aufsatze bespricht *Nücke* „einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt“, nämlich drei Fälle von homosexuellen Handlungen und fünf von Exhibitionismus bei Männern. In letzteren Fällen blieb fast nur übrig, an einen rein automatischen Mechanismus zu denken, auf Grund dunkler organischer Reizungen oder unbewußter Vorstellungen. Verf. sieht die meisten Fälle von Exhibition als eine Abart des Sadismus an. In der Irrenanstalt sah er im ganzen viel weniger sexuelle Perversitäten, als man gemeinhin annimmt, mehr bei Männern, und am meisten bei Schwach- und Blödsinnigen. Onanie war am häufigsten, wirkliche Päderastie nur bei 1 % der Männer und zwar nur als Pseudo-Homosexualität. Verf. glaubt daher, daß echte Inversion in den unteren Volksschichten abnorm selten ist. — *Neugebauer* schreibt über „Chirurgische Überraschungen auf dem Gebiete des Scheinzwitterlebens“ und bringt wieder ein ungeheures kasuistisches Material bei. *Rosa v. Braunschweig* gibt die interessante Biographie der genialen Schauspielerin und Sängerin S. von Vestvali († 1880), einer edlen Persönlichkeit, die eine H. war. Prof. *Karsch* endlich gibt möglichst genaue Lebensbeschreibungen von Heinrich Hössli († 1864), Franz Desgouttes († 1817), Herzog August dem Glücklichen von Altenburg († 1822) und von der Sängerin Maupin († 1707). Am interessantesten ist die des genialen Handelsmannes und Putzmachers H. Hössli aus Glarus, eines Autodidakten, der in dem großartigen zweibändigen Werke Eros (von dem ausgezeichnete Proben mitgeteilt werden) zuerst in der Neuzeit die H. verteidigte. Er war wahrscheinlich ein H. und verdient es, näher gekannt zu werden. Der Zweite: Desgouttes, ein Rechtsanwalt, der seinen widerstrebenden Liebling tötet, ist ein pathologischer und lasterhafter H., der Herzog August von Altenburg, der Verfasser der ersten Urningsnovelle: Kyllenion, ein exzentrischer, aber sehr interessanter H. Eine H. war auch die ausgezeichnete Maupin. Verf. bemerkt, daß nach diesen genauen Aufzeichnungen die Vestvali und Maupin, ferner Hössli durchaus normale Menschen gewesen zu sein scheinen, die andern dagegen entschieden pathologische.

Im zweiten Band ist der erste Aufsatz als eine wahre Perle zu bezeichnen. *v. Römer* bringt an der Hand eines riesigen Materials und massenhafter schöner Abbildungen den Nachweis, daß „wirklich in fast jeder Religion der höchste Gott oder der einzige Gott bestimmt androgynisch gedacht und abgebildet werde“, selbst Jehovah und sogar auch im Christentum sich noch Spuren des Androgynismus vorfinden. Zeus, Juno, Apollo, Minerva, Hermes, Eros, Bacchus etc. wurden gleichfalls so dargestellt, wenigstens öfter. Auch

Zeremonien, Feste, Mysterien, sogar das Kunsthandwerk waren davon durchdrungen. Es sollte damit gezeigt werden, daß die in einem Gotte verkörperte Harmonie nur durch Vereinigung von Mann und Weib, vom Aktiven und Passiven ermöglicht werde. Nach diesem hochgelehrten Aufsätze erscheint einem die ganze Mythologie und vergleichende Religionsgeschichte in ganz anderem und höherem Licht, wie auch die Beziehung der Religion zur Sexualität. Ganz ausgezeichnet ist wiederum von *Numa Praetorius* die Bibliographie der Homosexualität bearbeitet. Seine Urteile sind ruhig, feinsinnig und von großer Erfahrung getragen. Schön ist ferner ein Aufsatz von *Nabakoff* über die Homosexualität im russischen Strafgesetzbuche, welches die Päderastie noch hart bestraft. Verf. plädiert entschieden für Aufhebung des § 51. Erschütternd sind weiter in ihrer Einfachheit die Mitteilungen eines katholischen Geistlichen über Fälle von H. aus seiner Erfahrung. Endlich folgen Zeitungsausschnitte über homosexuelle Vorkommnisse, die entschieden wichtig erscheinen (wobei Ref., wie das vorige Mal, darauf dringen möchte, daß stets die genaue Nummer der betr. Zeitung angegeben werde!) und der übliche Jahresbericht von Dr. *Hirschfeld*. *Näcke.*

Kleinere Mitteilungen.

Hermann Emminghaus †. — Am 17. Februar 1904 verschied in Freiburg nach langem schweren Leiden, das ihn schon vor Jahren seinem Berufe und der Menschheit entrückt hatte, *Hermann Emminghaus*, Großherzogl. badischer Hofrat, Kaiserl. russischer Staatsrat, Ritter m. O., weiland Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B.

Emminghaus, am 20. Mai 1845 zu Weimar geboren, absolvierte in Göttingen und Jena seine Studien, woselbst er 1870 promovierte, zwei Jahre an der Irrenheil- und Pflegeanstalt (unter *Siebert*) und dann ebenso lange an der medizinischen Klinik unter *C. Gerhardt* Assistenzarzt war. Weitere Ausbildung genoß er in Wien und in Leipzig bei *C. Ludwig*. 1873 habilitierte er sich in Würzburg; hielt zunächst auch in der innern Medizin klinisch propädeutische Kurse und später nur noch Vorlesungen aus dem Gebiete der allgemeinen und speziellen Psychiatrie, nebenbei zugleich die allgemeine ärztliche Praxis ausübend. Für das Jahr 1880 wurde er als erster Ordinarius der Psychiatrie und Direktor der neuerrichteten Klinik nach Dorpat berufen, wohin er übersiedelte, nachdem er zuvor noch unter *C. Ludwigs* Leitung drei Monate den ärztlichen und Verwaltungsbetrieb in Heppenheim studiert hatte. 1886 wurde er an die neue Klinik und Professur in Freiburg i. B. berufen, woselbst er bis zum 1. Oktober 1902 verblieb, nachdem ihn eine schleichend verlaufende Hirnerkrankung, der er schließlich erlag, schon im Oktober 1900 genötigt hatte, sich beurlauben zu lassen.

Sein jetzt eingetretener Tod hat von neuem wieder die Lücke bemerkbar gemacht, die durch seinen Rücktritt entstanden war. Denn wenn *Emminghaus* auch in dem vorletzten Lustrum — infolge gewisser prämonitorischer Beschwerden seines Leidens — schon zurückgezogen lebte und so der jüngeren Generation weniger bekannt war, so hat er doch bis zu seiner Beurlaubung seine ärztliche und klinische Tätigkeit mit der ihm eigenen Energie in größter Pünktlichkeit, stets für das Wohl der ihm Anvertrauten sorgend, durchgeführt, so daß sein Heimgang auch von seinen Kranken schwer empfunden wurde.

Emminghaus war eine vielseitig angelegte und in mehr als einer Beziehung hochbegabte Natur. Mit einem phänomenalen Gedächtnis ausgerüstet, bewältigte er spielend, was andere nur mühsam oder gar nicht vollbringen

können. Noch bis gegen das Ende der neunziger Jahre hin vermochte er dafür nicht nur, sich in allen medizinischen und naturwissenschaftlichen Disziplinen stets auf dem Laufenden zu halten, sondern auch die ganze Literatur seines Spezialfaches bis ins einzelne zu verfolgen. Und was er einmal gelesen hatte, kannte er nicht nur, sondern hatte es auch dauernd so parat, daß er es jederzeit zur Diskussion herbeiziehen konnte. Dieses reiche Wissen machte ihn zu einem äußerst anregenden Gesellschafter und interessanten Lehrer. Denn die Gründlichkeit seiner Durchbildung kam insbesondere in seinen ungemein reichhaltigen Vorlesungen zum Ausdruck, wie auch selbstredend seine literarischen Veröffentlichungen davon Zeugnis geben.

Die Zahl der Arbeiten *Emminghaus'* ist eine ungemein große. In der ersten Periode seines selbständigen Schaffens überwiegen die Themata aus dem Gebiete der inneren Medizin an Zahl die psychiatrischen. Es ist das begreiflich bei dem Interesse, das ihm seine Lehrer *Gerhardt* und *C. Ludwig* eingeflößt hatten. Früh hatte *Emminghaus* sich aber auch schon rein psychiatrischen Fragen aus Neigung zugewandt, wie seine Assistenztätigkeit in der Jenaer Anstalt und seine Doktorarbeit (über das hysterische Irresein) erweisen. Von seinen Publikationen in den siebziger Jahren, die alle durch die enorm gründliche und vielfach sehr originelle Bearbeitung des Stoffes sich auszeichnen, wollen wir nur einzelne hervorheben, wie die über Rubeolen, über experimentelle erzeugbare epilepsieartige Konvulsionen (1871), über mehrfache Perforation des Verdauungskanal, Schlundsondendiagnostik, über epileptoiden Schweiß (1874) usw.; ferner insbesondere seine Bearbeitung der Röteln, der Lepra humana, der Krankheiten der Speiseröhre, der Meningitis cerebrospinalis epidemica im *Gerhardtschen* Handbuch der Kinderkrankheiten, sowie die Arbeiten über halbseitige Gesichtsatrophie (*Deutsch. Archiv f. klin. Mediz.*). Nicht von geringer Bedeutung waren ferner seine experimentell physiologischen und pathologischen Untersuchungen über die Absonderung und Bewegung der Lymphe (1874). Von 1873 an bearbeitete *Emminghaus* auch psychiatrische Themata mit größter Gründlichkeit. Seine Veröffentlichungen: „Psoriasis mit Angstzuständen“, „Über das Auftreten von Verfolgungswahn im Pockenprozeß und das Vorkommen von Fettsäuren im Harne Pockenkranker“ (1873, *Arch. f. Heilk.*), „Über den psychopathischen Zustand in der Hundswut des Menschen“ (Diese Zeitschrift 1874) sind heute noch lesenswert.

Den Ruf *Emminghaus'* aber begründete in vollem Maße erst sein 1878 erschienenes psychiatrisches Hauptwerk: Die „Allgemeine Psychopathologie“, die er *F. v. Rinecker*, dem Vorstände der Würzburger Irrenabteilung des Julius Hospitals, der ihn viel gefördert hatte, widmete. Ich kann es mir versagen, hier die Bedeutung dieses Buches nochmals hervorzuheben. Ein jeder von uns kennt und schätzt es. Mit der ganzen Gründlichkeit, die *Emminghaus* auszeichnete, bringt es die gesamte Psychopathologie in einer klar durchgeführten, vielseitigen, mit den Naturwissenschaften und geistigen Disziplinen rege Fühlung suchenden Darstellung. Das Werk war und ist eine

Musterleistung und infolge seines reichen Inhalts und der zuverlässigen Literaturverwertung ein reicher Born, aus dem die meisten späteren Arbeiten über dieses Gesamthema wie auch Einzeldarstellungen aus dem Gebiete der Psychopathologie geschöpft haben.

In Dorpat veröffentlichte *Emminghaus* den bekannten Fall von „Kohlen-
dunstasphyxie, Aufhebung der faradischen Erregbarkeit der Nn. phrenici“
(Neurol. Centralbl.), sowie seine trefflichen forensisch psychologischen und
psychopathologischen Beiträge zu *Maschkas* Handbuch d. Gerichtl. Medizin
(„Kinder und Unmündige“, „Blödsinn und Schwachsinn“.) Auch die schöne
Arbeit im Archiv f. Psychiatrie „Zur Pathologie der postfebrilen Dementia
nebst Bemerkungen über die Nervenfasern der Großhirnrinde“ entstand in
jener Zeit. Kurz nach seiner Übersiedelung nach Freiburg erschien dann
(1887) sein zweites psychiatrisches Hauptwerk: „Die psychischen Störungen
des Kindesalters“ als Ergänzungsband des genannten *Gerhardtschen* Hand-
buches. Die Bedeutung dieses, besonders in seinem allgemeinen Teil her-
vorragenden Werkes ist allgemein anerkannt.

Von 1889 an referierte *Emminghaus* zehn Jahre hindurch mit der ihm
eigenen Sorgfalt und Verlässlichkeit die große psychiatrische Literatur zu dem
Virchowschen Jahresbericht der gesamten Medizin. 1894 erschienen seine
Mitteilungen über Befunde bei Innervationsstörungen des Darms (Münch. Med.
Woch.) und bald darauf seine umfassende Darstellung der „Behandlung des
Irreseins im Allgemeinen“ (Handbuch der Therapie von *Penzoldt* und
Stintzing), ein würdiges Seitenstück zu den beiden anderen Hauptarbeiten.
Neben all dieser wissenschaftlichen Tätigkeit absolvierte *Emminghaus* mit
Vorliebe seine reiche und insbesondere in Dorpat vielseitige Lehrtätigkeit.
Eine große forensische Tätigkeit als Medizinalreferent mehrerer Landgerichte
mußte ihm daher oftmals mehr wie eine Last erscheinen, doch unterzog er
sich bis zuletzt mit größter Gewissenhaftigkeit dieser oft undankbaren Arbeit.

Bedenkt man noch, daß der Verstorbene in Dorpat wie in Freiburg
neugeschaffene Institute einzurichten und erst in Betrieb zu setzen hatte,
dadurch mit einer enormen Mehrbelastung seiner wissenschaftlichen und ärzt-
lichen Tätigkeit obliegen mußte, so muß man noch mehr die Arbeitskraft und
Energie des Mannes bewundern, der in der Tat auf seinem Posten schließlich
erschöpft zusammenbrach.

Gerade diese Zeitschrift ist der richtige Ort, zum Schlusse noch aus-
drücklich darauf hinzuweisen, daß *Emminhaus* trotz all seines wissenschaft-
lichen Arbeitens und seiner sonstigen Interessen nie aufhörte, ein guter Arzt
zu sein. Die Sorge für das leibliche und geistige Wohl seiner Kranken war
ihm die nächstliegende. Eine allen Erfordernissen der Neuzeit entsprechende
somatische, eine umsichtige und jede Chokierung, jeden unangenehmen Ein-
druck dem Kranken ersparende psychische Behandlung stellte er nicht bloß
theoretisch als erforderlich hin, sondern verwirklichte sie mit allen Kräften
in seiner Klinik. Ständig führte er Verbesserungen im Betriebe der Anstalt
ein, war auch allen diesbezüglichen zweckmäßigen Vorschlägen anderer sehr

zugänglich. In seinem letzten Dienstjahre genehmigte er noch die Pläne für bauliche Umänderungen der Klinik, Herstellung einer Wandelhalle, Schaffung eines großen Dauerbades.

Aber nicht nur die Kranken, denen *Emminghaus* schon durch seine stattliche Persönlichkeit, die Sicherheit seines Auftretens imponierte, haben seinen Rücktritt und Tod schwer empfunden. Nein, auch seine Untergebenen, die Angestellten der Klinik stehen trauernd am Grabe eines humanen und gerechten Vorgesetzten. Wie bei ihnen, wie in der Wissenschaft, so wird denn namentlich auch im Herzen seiner Schüler, die *Emminghaus* so viele treffliche Lehren, so manche Anregung verdanken, die Erinnerung an ihn fortleben und dankbar in Ehren gehalten werden.

Freiburg, im Februar 1904.

Hermann Pfister.

Berichtigung. — In dem Referat über die Versammlung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“ in Jena ist angegeben, ich hätte in den von mir eingesandten Thesen vorgeschlagen: „eine Kommission einzusetzen, um Mittel zur Begründung eines Sanatoriums zu sammeln“. Es liegt hier ein Irrtum vor. Meine Vorschläge gingen vielmehr dahin:

Der deutsche Verein für Psychiatrie wolle zur Lösung nachstehender Aufgaben eine Kommission erwählen:

1. das Gebiet der in den Nervenheilstätten zu behandelnden Krankheitsformen abzugrenzen;
2. durch Einziehung statistischer Mitteilungen bei Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Armenärzten usw. den Bedarf an Anstalten festzustellen; den Prozentsatz an Heilungen, Rückfällen, die Durchschnittszeit der Behandlung usw. in den bestehenden Nervenheilanstalten zu ermitteln;
3. die zweckmäßigste Lage und Einrichtung solcher Anstalten zu normieren.
4. Da durch Privatwohlthätigkeit eine gründliche Lösung der Frage nicht möglich ist, durch agitatorische Tätigkeit anzustreben, Staat, Gemeinden, Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften usw., unter Vorlegung des gesammelten statistischen Materials für die Errichtung öffentlicher Nervenheilstätten zu gewinnen.

Dr. Th. Benda.

Verein bayerischer Psychiater. — Die diesjährige Jahresversammlung findet am Pfingstdienstag den 24. Mai 1904 in Ansbach statt. An die Verhandlungen soll sich eine eingehende Besichtigung der neuen Kreis-Irrenanstalt zu Ansbach anschließen. Anmeldung von Vorträgen bis 10. April cr. an Dr. Vocke-München erbeten.

München, 29. Februar 1904.

Der Vorstand.

Dr. Vocke. Dr. Herfeldt.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.¹⁾

Dem Verein ist ferner beigetreten:

Direktion der Großh. Badischen Universitätsklinik zu Heidelberg.

Direktion der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling bei Wien.

Rußland, Kischinew in Beßarabien, Irrenanstalt zu Kostjesheny.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Ziehen*, Prof. und Dir. der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle ist in gleicher Stelle nach Berlin

Dr. *Karl Wernicke*, Med.-R., Prof. und Direktor der psychiatrischen Klinik zu Breslau ist in gleicher Eigenschaft an die Universität Halle

Dr. *Karl Heilbronner*, Prof. in Breslau, ist zum Lehrer der Psychiatrie an der Universität Utrecht

Dr. *Ernst Meyer*, Privatdozent und Oberarzt an der psych. Klinik zu Kiel zum Professor und Direktor der psych. Klinik zu Königsberg i. Pr. berufen worden.

Dr. *Paul Siemerling*, Prof. o. u. Direktor der psychiatrischen Klinik zu Kiel hat den Charakter als Geh. Med.-Rat

Dr. med. u. phil. *Hugo Liepmann*, Privatdozent der Psychiatrie an der Universität in Berlin den Titel als Professor erhalten.

¹⁾ Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Laehr.

Der Stotterer vor dem Strafrichter.

Von

Dr. August Hegar-Illebenau.

Im Juli 1903 wurde durch Beschluß des Oberkriegsgerichtes ein stotternder Soldat der hiesigen Anstalt zur Abgabe eines Gutachtens über seinen Geisteszustand zugeführt. Da ein Fall wie der zu schildernde wohl selten sich wiederholen wird, da er auch für denjenigen, der sich mit forensischer Psychiatrie beschäftigt, manches von Interesse bietet, so erschien uns eine Veröffentlichung gerechtfertigt.

Die nachfolgenden Tatsachen stammen teils aus den Akten und der hiesigen Beobachtung, teils haben sie sich bei den gerichtlichen Sitzungen ergeben.

Am 21. April 1903 richtete Pfarrer L. von G. eine Anklageschrift an das Grenadierregiment in K., daß der aus G. stammende Grenadier S. sich im Laufe des letzten Jahres mehrmals gerühmt habe, mit der Frau des Pfarrers in einem geschlechtlichen Verhältnisse zu stehen. S. bestritt in den verschiedenen Verhören entschieden die ihm zur Last gelegten Äußerungen; auch in der am 9. Mai stattgefundenen Sitzung des Kriegsgerichtes, die übrigens nicht an dem Garnisonsorte des S., sondern aus Ersparnisrücksichten in einer anderen Garnison stattfand, blieb er dabei, daß er nie etwas Derartiges über die Frau seines Pfarrers gesagt habe. Die drei Hauptzeugen gaben an, daß S. jedem von ihnen ohne Beisein von andern öfters leise erzählt habe, daß er die Frau Pfarrer in den Jahren 1901 und 1902 geschlechtlich auf dem Heuboden gebraucht habe, ihr auch Briefe geschrieben und solche empfangen habe. S. wurde nach jeder Zeugenaussage befragt, was er anzugeben habe, sagte aber nur bei der Aussage eines Zeugen, daß die betreffende Äußerung Pflingsten gefallen sei: er sei damals gar nicht in Urlaub gewesen. Erst als er nach der Urteilsverkündung gefragt wurde, ob er dasselbe annehme, gab er an: „Ich will es mir noch überlegen.“ Nach der Aussage des Arrestaufsehers, der ihn abführte, habe er nachher immerzu mit dem Kopfe geschüttelt;

auf seine Frage, welche Strafe er bekommen habe, habe S. gesagt: „Sechs Wochen“, während er tatsächlich zu sechs Monaten verurteilt worden war. S. unterschrieb dann bald darauf die ihm vorgelegte Anerkennung des Urteils. Am 14. Mai ließ sich S. vorführen und erklärte, daß er Berufung einlege, weil er zu hoch bestraft worden sei, sich unschuldig fühle; er habe das Urteil nur anerkannt, weil er glaubte, daß er nur zu sechs Wochen verurteilt worden sei.

In der am 27. Mai stattfindenden Sitzung des Oberkriegsgerichtes gab S. an, er habe die Erklärung, daß er das Urteil anerkenne, nur unterschrieben, weil er glaube, er könne nichts mehr machen; er wußte nicht, daß noch ein höheres Gericht bestehe. Der Verteidiger, den S. diesmal genommen hatte, bemängelte die Aussagen der Zeugen und beantragte die ärztliche Untersuchung des Angeklagten auf seinen Geisteszustand. Das Gericht schloß sich diesem Antrage an und erließ einen dahingehenden Beschluß. Das Gutachten sollte sich darüber äußern: Hat S. die Erklärung über die Annahme der Strafe am 9. Mai in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit abgegeben? Ist S. überhaupt als zurechnungsfähig zu betrachten?

Am 5. Juli wurde S. hier aufgenommen. — Ein Mutterbruder, der als Sonderling galt, starb in der Anstalt Pforzheim an *Dementia paralytica*. Die Mutter des S. ist kränklich. Kein Stotterer in der Familie. — S. lernte sehr spät und schwer laufen und sprechen; mit dem Sprechenlernen kam auch das Stottern. Eine schwere Erkrankung an Scharlach verschlimmerte das Leiden bedeutend. Eine weitere Steigerung trat dann in der Schule ein. „weil ihm — wie der Vater sich ausdrückte — wenn er angeredet wird, sofort Angst und Schrecken ankommt, und dann nichts mehr sprechen oder aber nur sehr schwer sprechen kann.“ — In der Zeit der Schulentlassung sehr viel Kopfweh und schreckhafte Anfälle, besonders des Nachts, die später sich wieder besserten.

Ein Sergeant, der den S. beim Militär ausbildete und seit Oktober 1901 in seiner Korporalschaft hatte, machte folgende Angaben: S. sei ein äußerst dienstwilliger und braver Soldat, der alles tue, was ihm befohlen werde; er sei durch und durch ehrlich und anständig, habe, seit er ihn kenne, nie eine Unwahrheit gesagt, er sei nur „unglaublich dumm“; seine Dummheit sei so groß, daß er manchmal geglaubt habe, er sei nicht recht bei Verstand. Wenn man ihm etwas sage, könne er es schon nach einer Viertelstunde nicht mehr wiederholen. Mit Frauenzimmern habe S. nie verkehrt, sei überhaupt fast nie aus der Kaserne gegangen, da er gefürchtet habe, er könne sich in der großen Stadt nicht mehr zurechtfinden. Die gerichtliche Belehrung über die Anerkennung des Urteils würde S. nur unter Anwendung von Beispielen verstehen. Der Feldwebel beurteilt S. ähnlich: S. sei eifrig und gut im Dienst, sobald aber der Verstand zu Hilfe genommen werden solle, versage er vollkommen; S. sei außergewöhnlich dumm und gutmütig, nicht heimtückisch. Auch die Stubenkameraden des S. bestätigten, daß ihnen die geistige Beschränktheit desselben aufgefallen sei.

S. ist jetzt 23 Jahre alt; er ist ein großer, kräftiger Mensch; der Schädel ist im Verhältnis zu der Körpergröße klein und niedrig. Innere Organe, Reflexe etc. ergeben nichts Auffallendes; die Herzstätigkeit ist ruhig; keine vasomotorischen Störungen; die Sinnesorgane funktionieren gut; auch an den Sprachwerkzeugen ist keine Veränderung zu erkennen. — Ein besonderer Wechsel in seinem Befinden zeigte sich hier nicht, nur fiel auf, daß S., besonders in den ersten Wochen, ein großes Ruhebedürfnis zeigte, so daß er oft schon frühmorgens auf dem Stuhle sitzend einschlief. Das Bemerkenswerteste war die bei ihm bestehende Sprachstörung, das Stottern; das Sprechen machte ihm große Mühe; es dauerte eine Zeitlang, bis er ein Wort herausbringt, er wiederholt einzelne Konsonanten rasch hintereinander, dehnt und bleibt auf anderen, auch Vokalen, hängen; ein besonderer Unterschied in den Buchstaben bestand nicht, vielleicht waren es G und K, die ihm größere Mühe machten. Er unterbricht sich oft, wiederholt Teile von Worten und Sätzen, hilft sich mit Einschlebung von kurzen Ausrufen, wie „Joh-Joh“; er ringt mit dem Ausdruck, die Atmung ist unregelmäßig, es zeigen sich Mitbewegungen, durch die er sich eine Hilfe beim Sprechen gibt, er dreht die Hände, bewegt die Finger, zieht die Schultern und Augenbrauen in die Höhe, rollt die Augen, runzelt die Stirn. Beim Singen verliert sich das Stottern. Außerordentlich ist der Wechsel in der Intensität des Stotterns: die Antworten auf Fragen erfolgen bald langsamer, bald schneller, hie und da bringt er gar nichts heraus. Die erste Zeit war es viel schwieriger, sich mit ihm zu unterhalten, während er später, besonders wenn der ihm bekannte Arzt mit ihm sprach, ziemlich gut und rasch antwortete; als ihn später ein ihm unbekannter Arzt anredete, brachte er kein Wort heraus. Bemerkenswert war auch, daß anfangs, so oft jemand mit ihm sprechen wollte, ein blöd verlegenes Lächeln bei ihm sich zeigte, das sich, als er vertrauter wurde, vollständig verlor. Besonders trat das Stottern bei ihm hervor, wenn schwierigere Fragen, die sein Nachdenken erforderten, an ihn gerichtet wurden; man konnte dann deutlich sehen, wie es bei ihm arbeitete, um etwas herauszubringen. Ließ man ihn etwas wiederholen, so wurde das Stottern statt besser, stärker. Beim Vorlesen glaubte man ein Kind zu hören, nicht nur das Technische machte ihm dabei Mühe, sondern er ist auch psychisch beeinflusst durch die schwere Aufgabe, er atmet angestrengt, ist sichtlich verlegen; es fehlt ihm daher auch jedes Verständnis für das Gelesene, er behält natürlich nicht das Mindeste davon. Sowie überhaupt ein gemüthliche Erregung an ihn herantritt, wenn man ihn z. B. etwas hart anfaßt, so verliert er ganz die Fassung, weiß sich nicht mehr zu helfen, kann gar nicht mehr sprechen.

S. war während seines ganzen Aufenthaltes hier durchaus geordnet; er kam gut mit den Kranken der Abteilung aus, denen er sich bemühte in jeder Hinsicht zu helfen, er war stets geduldig und freundlich, griff ohne jede Anforderung überall mit zu; er gab sich alle Mühe zu antworten, sagte in seiner Bereitwilligkeit oft schon: Jawohl, ehe er die Frage recht verstanden hatte. Bei einer Prüfung seiner Schulkenntnisse muß man geduldig warten, dieselbe

gibt im ganzen ein recht dürftiges Resultat; leichte Rechenaufgaben bringt er mündlich kaum, dagegen auf dem Papiere besser heraus, wie er überhaupt besser schreibt als spricht. Politische und geographische Kenntnisse fehlen fast vollständig; beim Vorzeigen von Bildern kann er oft Dinge nicht bezeichnen, die jedes Kind kennt. Dagegen gibt er prompt Antworten, als er über landwirtschaftliche Verhältnisse befragt wird. Auch die Selbstbeobachtungen über sein Stottern werden fließender und lebhafter gegeben, als man nach seinem zurückgebliebenen Bildungsgrad hätte erwarten sollen.

Alle Äußerungen des S. machen den Eindruck der Wahrhaftigkeit; er sagte nie etwas, was er nicht bestimmt wußte, er setzte immer hinzu, wenn er seiner Sache nicht sicher war: so viel er sich erinnern könne, er meine wenigstens, daß es so sei. Er tat dies auch bei Fragen, bei denen es ihm nahe gelegen hätte, eine Tatsache als sicher hinzustellen. In keiner Weise trat eine Neigung zu Flunkereien oder zum Renommieren hervor. S. erschien allen, die mit ihm zu tun hatten, als ein durchaus ehrlicher und anständiger Mensch. Er zeigte einen guten Familiensinn; er schrieb warmempfundene ausführliche Briefe an seine Angehörigen, in denen er seine Mutter tröstete. Er machte sich große Sorgen darüber, wie die Mitteilung, daß er jetzt in einer Anstalt sei, auf diese wirken werde. Bei allen Unterredungen ergibt sich, daß S. in keiner Weise als moralisch defekt bezeichnet werden konnte. Was seine Kenntnisse von sexuellen Dingen betrifft, so machen seine Antworten einen recht kindlichen Eindruck.

Über sein Vorleben macht er folgende Angaben: Das Stottern habe er schon seit seiner frühesten Jugend. Der Vater habe ihm erzählt, er habe lange Zeit nur „him-him“ machen können; „in der Schule ist es mir nicht so gut gegangen — ich hab schwer gelernt — viel ärger gestottert — besonders wo wir einen frischen Lehrer gekriegt haben — gerade wenn er als laut geredet hat, bin ich als ängstlich geworden — ich hab fast nichts können reden auf die Art, so hab ichs auch gehabt beim Militär — mit meinen Eltern kann ich so ziemlich gut reden, auch bei dem Bauern, bei dem ich geschafft hab, den ich gut kennt hab.“ Zu Hause sei er auch nie ausgelacht worden; der Vater habe ihn noch, bevor er zum Militär kam, ermutigt und gesagt, er könne ja jetzt ganz gut reden. Auf Befragen, ob es nicht besser gehe, wenn man ihn anrufe: „Nein, dann bring ichs schlechter heraus — so wie's der Herr Doktor sagt, wenn einer vernünftig ist und nicht so brüllt.“ In der Schule sei er viel ausgelacht worden, da sei es viel schlimmer geworden; er habe nur sehr ungern Aufträge besorgt, da er wußte, daß er die Worte dann nicht recht herausbrachte und sich vor dem Auslachen fürchtete; auch beim Militär sei er viel verspottet worden, besonders im Anfange, wo er noch keine Kameraden hatte. „Das hab ich auch noch, Herr Doktor, wenn mir jemand in die Augen sieht, dann hab ichs ärger, als wenn's mich nicht ansieht, dasjenige.“ „Das weiß ich schon lange, zu Haus schon.“ „Das hab ich auch noch, wenn mich jemand fragt und ich versteh's nicht und man muß mirs dann noch einmal sagen, dann bring ichs viel schlechter heraus.

als wenn ichs gleich verstanden hätte.“ Wenn ihm der Unteroffizier etwas gesagt habe, so habe er es auf Befragen schon nach einer Viertelstunde nicht mehr wiederholen können; nach einer Stunde etwa, wenn er für sich allein war, sei es ihm dann ganz von selbst wieder eingefallen; es sei ihm dies sehr oft passiert. Über seine Mitbewegungen gibt er spontan an: „Ich hab gespürt, daß ich besser red', wenn ich Bewegungen mach.“ „Wenn mich beim Schaffen jemand gefragt hat, hab ichs besser sagen können, wenn ich weiter geschafft hab.“ Wenn er schnell Antwort geben solle oder auch nur wenn ihn jemand schnell sprechend anredete, so stottere er stärker, „da weiß ich als nicht, was ich sagen soll darauf, ich bring halt nichts raus, ja so ist es, wenn ich so in Aufregung komm, kann ich gar nichts sagen, dann ist es am allerschlimmsten, dann kann ich gar nichts sagen, Jo.“ Er sei in der Schule und in der Instruktionsstunde immer weniger gefragt worden, als die andern, er habe die Antworten doch nicht herausgebracht; nur wenn er bloß Ja oder Nein zu sagen hatte, sei es besser gegangen.

Die Schilderung, die S. von der Kriegsgerichtssitzung am 9. Mai machte, ist eine äußerst mangelhafte. Es stellt sich dabei heraus, daß er nichts von dem Vorsitzenden, dem Verhandlungsführer, dem Vertreter der Anklage weiß; er kann nicht einmal angeben, ob die Persönlichkeit, die ihn befragte, in Uniform oder Zivil war, er kann die Reihenfolge der Zeugen auch nicht annähernd angeben, nur die Angaben der drei Hauptzeugen weiß er vollständig. Auf eingehendes Befragen erhält man schließlich folgendes: „Wenn ich gewußt hätte, daß es so ging in F., dann hätt ich mir einen Anwalt genommen, aber ich hab gedacht, ich brings allein durch — aber wie ich vor den vielen Herrn gestanden bin — natürlich wo Zeugen so etwas gesagt haben, da war ich ganz weg — ich hab kein Wort mehr können sagen — ich war halt verschrocken gewesen — und da haben sie mir gesagt, ich krieg zwölf Wochen — ich war halt ganz weg, da hab ich gar nichts mehr sagen können — da haben sie zu mir gesagt, ob ich die Strafe annehmen will, da hab ich gesagt, daß ich mirs noch überlegen will, da sind die Herrn in so einen Saal hinein, ich weiß selber nicht, wie es ist, ich war noch nie vor Gericht, dann sind sie herausgekommen und einer hat gesagt: sechs Monate, und dann hör ich sechs Wochen — ich war ganz aufgeregt, ich war ganz weg.“ Vor Beginn der Verhandlung habe er gar keine Angst gehabt, erst wie er in den Saal hineingekommen sei und die vielen Herren gesehen habe, habe er Angst bekommen. „Sie haben als auch so geschwind gefragt, da hab ich als gar nichts gesagt — wenn ichs hab überlegen wollen, hab ich gar nichts herausgebracht.“ Nach der Verhandlung habe einer gesagt: „Sie sind verhaftet, da hat mir einer den Helm und das Koppel genommen, hat mich in ein kleines Zimmer geführt, da hab ich müssen weinen; ich hab gefragt, ob ich heim dürft, weil ich dem Vater gesagt hab, ich käme nach G., ich hab ja nicht geglaubt, daß es so ging, da hat mir einer ein Papier vorgelegt, ich weiß nicht, was darauf geschrieben war, da hat er zu mir gesagt, ich könnt jetzt unterschreiben . . .“ Gelesen habe er nicht, was darauf stand. Irgendwelche Überlegungen habe

er in dieser Zeit nicht gemacht, „ich weiß selber nicht, wie es mir an selben Tag war vor Aufregung und Angst.“ „Ich hab bloß so gedacht, wenn ich nur wieder zu Haus wär.“ Daß er dann Berufung eingelegt und sich einen Rechtsanwalt genommen habe, dazu sei er von Unteroffizieren veranlaßt worden, denen er erzählt habe, wie es ihm gegangen sei.

Wenn man mit S. die verschiedenen Protokolle durchgeht, so begrüßt er zwar immer freudig seine Unterschrift, weiß aber nie, zu welchem Zwecke er sie gegeben hat; auch mit Nachhilfe kommt er nicht darauf, „es ist mir viel vorgelesen worden, aber ich hab die Sache nicht verstanden, und getraut zu fragen hab ich auch nicht — ich weiß halt selber nicht, wie's zugegangen ist.“ Hinsichtlich der gegen ihn schwebenden Anklage bleibt er energisch darauf bestehen, daß er niemals derartige Äußerungen getan habe; er versichert, daß seine Angehörigen und er dem Pfarrer und seiner Frau, bei denen er oft im Taglohn gearbeitet habe, für ihr Entgegenkommen und freundliche Behandlung immer dankbar gewesen seien; es sei arg, daß gegen eine so ordentliche Frau eine solche Beleidigung ausgesprochen werden könne; er habe es deswegen auch nicht ruhen lassen, habe gleich dem Pfarrer gesagt, er solle klagen. Über die Zeugen und ihre Aussagen macht er dann noch Mitteilungen, auf die ich hier nicht eingehe; zu erwähnen ist nur, daß dieselben recht klar und ausführlich waren.

Am 8. August fand dann die Sitzung des Oberkriegsgerichtes statt. Nach einer kurzen Verhandlung über die Vorgänge während und nach der Sitzung am 9. Mai erstattete ich dem schriftlich abgegebenen Gutachten entsprechend ein solches mündlich dahin, daß S. die Erklärung über die Annahme der Strafe am 9. Mai in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit abgegeben habe. Das Gericht trat meinen Ausführungen bei, es wurde der Berufung S.s gegen das Urteil des Kriegsgerichtes stattgegeben und dann die Verhandlung weitergeführt. S. antwortete auf die wenigen an ihn gerichteten Fragen nur sehr dürftig und unter starkem Stottern, verzog auch sein Gesicht sehr oft, wie er es auch sonst tat, wenn er sprechen wollte; er gab an, nie eine solche Beleidigung ausgesprochen zu haben. Die drei Belastungszeugen reduzierten ihre Aussagen zwar sehr gegenüber der vorigen Verhandlung, blieben aber doch dabei, daß S. ihnen gegenüber die verleumderischen Angaben über die Frau des Pfarrers gemacht habe; bei einer dieser Gelegenheiten sei S. betrunken gewesen, habe es aber viel öfter in vollständig nüchternem Zustande gesagt. Die eingehende Beweisaufnahme ergab nichts darüber, ob mit S. irgend eine Neckerei getrieben wurde, ob er eine lächerliche Figur im Dorfe spielte, Neigung zu Trinkexzessen hatte. Ich gab dann noch mein Gutachten ab, daß S. nicht als unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 bezeichnet werden könnte. Die Verhandlung wurde vertagt, behufs Ladung weiterer Zeugen. S. wurde dann am 11. August zu sechs Monaten Gefängnis mit Abzug der in der Anstalt verbrachten Zeit verurteilt. Genauere Mitteilungen über die letzte Sitzung des Gerichtes konnte ich leider nicht erhalten.

Das Bild des Stotterers tritt bei S. in sehr charakteristischer Weise in Erscheinung; schon die Anamnese läßt kaum etwas vermissen, was bei diesem Leiden von Bedeutung ist. Wir wissen allerdings nicht, welche Schädlichkeiten auf die erste Anlage eingewirkt haben, da wir eine direkte erbliche Belastung nicht aussprechen können, wenn dieselbe auch sehr wahrscheinlich ist. Es müssen, wie aus dem erschwerten Laufen- und Sprechenlernen sich ergibt, schon sehr frühzeitig Störungen in der Entwicklung eingetreten sein. Das Stottern wurde dann verschlimmert durch die schwere Erkrankung an Scharlach; es ist ja eine bekannte Erfahrung, daß diese Infektion bei der Entstehung und Verstärkung des Stotterns eine große Rolle spielt. Die im Pubertätsalter auftretenden Kopfschmerzen und schreckhaften Anfälle beweisen eine erhebliche nervöse Disposition.

Dann traten schädigend in das psychische Leben des S. eine Reihe von äußern Einwirkungen, die unzertrennbar mit der Leidensgeschichte jedes Stotterers verbunden zu sein scheinen. Wir finden auch bei S. die Neckereien und Verhöhnungen der Schulkameraden, den schreienden neuen Lehrer, das Auslachen der Personen, mit denen er in Berührung kommen mußte, — alles Umstände, die auch durch die verständige Behandlung im elterlichen Hause nicht ausgeglichen werden konnten. In der Militärzeit mußte S. die von der Schulzeit her kaum überstandenen üblen Erfahrungen noch einmal durchmachen.

S. ist sich seines Defektes wohl bewußt, er kennt die schwachen Seiten, die sich allmählich bei ihm ausgebildet haben; in anschaulicher Weise schildert er, wie er sich fürchtet, Aufträge zu besorgen, wie er schon durch bloßes Fixieren, drängendes Fragen, hartes Anfahren, durch das Nahen einer fremden Person außer Fassung gebracht wird; sowie nur die geringste Erregung an ihn herantritt, wie sie durch die Änderung in der Situation gegeben ist, wenn er sich Mühe geben muß, etwas zu verstehen oder zu behalten, verschlimmert sich sein Leiden. Wie bei den meisten Stotterern ist auch bei S. ein unverhältnismäßig großer Teil der Aufmerksamkeit auf sein Sprechen gerichtet. Zu den unwillkürlichen falschen Sprach- und Atembewegungen treten willkürliche hinzu, die von dem Stotterer in der Absicht ausge-

führt werden, sich beim Sprechen zu helfen; diese Bewegungen bieten einen guten Maßstab für die Intensität des Stotterübels; wir finden sie nicht nur bei zurückgebliebenen Menschen, die nicht die Konzentrations- und Willenskraft haben, ihre Haltung und Gebärden zu kontrollieren und zu beherrschen, sondern auch bei intelligenten Stotterern; so erinnere ich mich an einen klinischen Dozenten, der beim Vortrage ständig mit den Händen auf dem vor ihm stehenden Tische hin- und herwischte oder auf- und abgehend ein Demonstrationsobjekt in den Händen herumdrehte, in die Luft warf, wieder auffing etc. Daß S. die Erleichterung des Sprechaktes durch Bewegungen gut kannte, beweist seine Angabe, daß er beim Sprechen gerne weiter arbeitete.

Der große Wechsel in der Stärke des Stotterns, den wir, wie bei allen derartigen Kranken, auch bei S. finden, zeigt, daß vor allem psychische Erscheinungen hier wirksam sind; es ist eine der mächtigsten Gemütsbewegungen, die Angst, die in der Pathologie des Stotterns die wichtigste Rolle spielt. Die primäre Sprechangst führt zuerst nur zur Sprachhemmung, steigert sich aber dann zu allgemeinen Angstgefühlen, die eine völlige Denkhemmung zur Folge haben können. Diese Angstzustände beruhen auf einer reizbaren Schwäche des Nervensystems; S. reagiert eben schon auf Reize, die bei gesunden Menschen fast unbemerkt und unbewußt vorübergehen. In den Ablauf der Vorstellungen wird gewissermaßen eine Sperre eingeschoben, die erst bei allmählicher Rückkehr in die gleichmäßige Gemütslage wieder ausgeschaltet wird. Wie lange dies dauern kann, sehen wir aus der Tatsache, daß dem S. Antworten, die er gleich hätte vorbringen sollen, erst nach Stunden von selbst sich entgegendrängen.

Der Vollständigkeit muß ich noch auf eine Prüfung des intellektuellen Bestandes S.'s eingehen. Wir haben es mit zwei ungünstigen Faktoren zu tun, die in seiner Verstandesentwicklung in Betracht kommen, die sich aber nicht genau voneinander trennen lassen: einmal die von Geburt an mangelhafte geistige Veranlagung; S. ist ein recht beschränkter Mensch; es besteht bei ihm ein äußerst langsames Denken: was er denkt, kann er nur mühsam in Worten ausdrücken; er hat es im Laufe

der Jahre nicht fertig gebracht, sich einigermaßen von seinem Sprachfehler unabhängig zu machen. Nur wenig hat er in der Schule und später gelernt. Der andere Faktor, das Stottern, muß ja auch als Teilerscheinung der degenerativen Anlage angesehen werden, hat aber doch eine selbständige Bedeutung. Wir wissen, daß Stotterer infolge ihres Leidens scheu und zurückhaltend werden, daß sie daher wenig sprechen, sich dadurch der Möglichkeit berauben; durch Gedankenaustausch ihre Sprache zu entwickeln, sich weiter zu bilden, die Erfahrungen anderer in sich aufzunehmen; die Erwerbung von Kenntnissen wird ihnen sehr erschwert, sie können nicht und fürchten sich zu fragen und werden auch nicht gefragt, wie dies auch S. gut gemerkt hat. Derartige Kinder bleiben hinter ihren Altersgenossen zurück, schließlich in der Entwicklung stehen. Daß diese Gefahr bei Personen, die von vornherein sehr defekt sind, in erhöhtem Maße droht, ist klar; es läßt sich schwer trennen, was in der mangelhaften geistigen Ausbildung auf Rechnung der Veranlagung oder auf die der Sprachstörung zu setzen ist. S. ist in seinen Kenntnissen, in seiner harmlosen Artung ein Knabe geblieben. Er steht aber doch dabei auf einer höheren Stufe als der Imbezille: eine Verkümmernng des ethischen Vorstellungsgebietes ist bei ihm nicht nachzuweisen; er hat einen guten Familiensinn, weiß, was gut und schlecht ist: von einer bloß selbstsüchtigen Richtung des Gedankenganges ist bei ihm keine Rede; die ungünstigen Charakterzüge, die wir bei Imbezillen so selten vermissen, Roheit, Heimtücke, Neigung zum Lügen, fehlen bei ihm.

Die verhältnismäßig fließende schriftliche Ausdrucksweise, die richtigen Selbstbeobachtungen, die lebhafte Art, in der er sprechen konnte, wenn er jede Scheu abgelegt hatte, machten doch darauf aufmerksam, daß man die Leistungsunfähigkeit nach der Verstandesseite nicht zu niedrig einschätzen durfte, daß manches von dem Eindruck der hochgradigen Beschränktheit auf Rechnung seines Stotterns gesetzt werden mußte. Auch stand S. seinem Prozeß durchaus nicht stumpf gegenüber; er legte Wert darauf, daß die Sache zur Verhandlung kam, er hatte tatsächlich den Pfarrer aufgefordert, zu klagen; er sprach in einem Briefe seine Freude aus, daß er jetzt einen Rechtsanwalt genommen habe,

„der kann anders reden vor so vielen Herrn — der wird mit ihnen (den Zeugen) schon reden“. Es sind das Äußerungen, die einem gesunden Empfinden entspringen. S. hat offenbar in dem Gefühle, daß die Sache gut für ihn ausgehen werde, ohne jede Angst den Gerichtssaal betreten; als aber die ganze Einwirkung einer Gerichtsverhandlung an ihn herantrat, als er „so geschwind“ gefragt, auch nicht gewartet wurde, bis er eine Antwort herausgebracht hatte, da war es mit seiner ganzen Fassung vorbei. Daß S., dem in seiner Beschränktheit das Verständniß für die Vorgänge der Verhandlung an sich schon schwer fiel, den Kopf verloren hatte, geht auch daraus hervor, daß er nur ganz ungenaue Angaben über alles machen konnte, daß er nicht einmal wußte, ob die Personen, die ihn befragten, in Uniform oder Civil waren, schließlich nicht einmal verstand, zu welcher Strafe er verurteilt worden war. Wenn S. sagt: „ich war ganz weg vor Aufregung und Angst“, so bezeichnet er seinen damaligen Zustand ganz richtig. Diese geistige Befangenheit dauerte auch eine Zeitlang nach Beendigung der Sitzung noch fort: „ich weiß selber nicht, wie es mir an selben Tage war vor Aufregung und Angst“. Auch dem Arrestaufseher fiel das eigentümliche Benehmen des S. auf; daß dieser das Schriftstück mit Überlegung und freiem Bewußtsein unterschrieben habe, konnte man auch darum ausschließen, weil er, wie wir uns überzeugt hatten, auch sonst seine Unterschrift gab, ohne zu wissen warum. Um zu einem vollen Verständniß zu kommen, in welcher geistigen Verfassung sich S. damals befunden hatte, müssen wir uns darüber klar werden, daß die gemüthliche Erregung, die sich bei andern durch irgend einen Ausbruch des Affekts, lautes Sprechen, Zornesworte, Beteuerungen Luft machen kann, bei dem Stotterer, bei dem ja das Hauptventil — die sprachliche Äußerung — verschlossen ist, gewissermaßen nach innen zurückgedrängt und zurückgehalten wird, den geistigen Hemmungszustand immer mehr vergrößert. Die auf S. an diesem Tage einströmenden psychischen Schädlichkeiten steigerten sein Übel bis zum höchsten Grade.

Ein Hinweis auf den innigen Zusammenhang der Tätigkeit unserer Sprachwerkzeuge mit den psychischen Vorgängen, besonders wo es sich um pathologische Zustände der Großhirnrinde

handelt, ist hier überflüssig. Daß beim Stottern nur zentrale Störungen in Frage kommen, beweist auch der Umstand, daß das Stottern unter der Einwirkung von Affektzuständen wie Ärger, Zorn, Schrecken, freudige Überraschung auch bei sonst nicht stotternden Menschen auftreten kann, sogar unbewußte Nachahmung kann dasselbe auslösen. Bei einer Gerichtssitzung, der ich vor einigen Monaten anwohnte, geriet eine Frau derart in ängstliche Erregung, daß sie vor Stottern den Zeugeneid nicht ablegen konnte, erst nach dreimaligem Vorsprechen und vielmaligen Ermahnungen gelang es dem Richter, mühsam die Eidesleistung zu vollenden. Bei der nächsten vorgerufenen Zeugin wiederholte sich der gleiche Vorgang, vielleicht noch in verstärktem Maße. Dabei war keine derselben mit Stottern behaftet, ihre Aussagen gaben ihnen auch keinen Grund zur Befangenheit. Zustände, wie S. einen durchmachte, kommen mehr oder weniger ausgeprägt gar nicht selten vor, sie sind sicher von jedem schon beobachtet worden. Ich brauche bloß an den peinlichen Augenblick zu erinnern, wenn ein Redner stecken bleibt: in milderen Fällen tritt die Sprachstörung auf, die man als „Staxen“ bezeichnet, in schwereren kann man außer dem Stottern alle die Erscheinungen beobachten, die man auch beim Stotterer findet, die Mitbewegungen, das Wiederholen von Worten und Silben, das Einschieben von allerlei Lauten, und endlich bietet der Redner das Bild der vollkommensten Rat- und Fassungslosigkeit dar, ist nicht imstande, den naheliegenden Ausweg aus seiner Not zu finden. Examinanden verstummen oft bei Fragen, deren Lösung ihnen nachher auf der Treppe spielend einfällt. Man findet oft bei Schulkindern ganz charakteristische Zustände, die besonders gegenüber strengen Lehrern und dann auftreten, wenn das Bewußtsein nicht gut vorbereitet zu sein vorhanden ist: die Kinder werden gerne als „verstockt“ bezeichnet; ihre Antworten werden immer dürrtiger, sie sind schließlich nicht imstande, auch ganz leichte Fragen zu beantworten, können etwas nicht mehr wiederholen, was sie vorher schon richtig beantwortet haben, sie bringen endlich gar kein Wort mehr heraus, bewegen höchstens noch die Lippen, jedes Anschreien verschlimmert den Zustand; in schweren Fällen kann es dabei zu Schwindel und Ohnmachten kommen.

Die öftere Wiederholung solcher Szenen kann schließlich bei empfindlichen Kindern Stottern hervorrufen; man hat daher auch „das Scheuwerden“ der Kinder — die *Timiditas infantum* — in direkte Kausalverbindung mit der Entstehung des Stotterns gesetzt. Im allgemeinen wird es sich, wo bei sonst gesunden Menschen Zustände auftreten, für welche die Sprachhemmung das hervorstechendste äußere Symptom ist, um eine vorübergehende Störung handeln, die in starken Affekten, Alkoholintoxikation (das Sich-Muttrinken), körperlichem Unwohlsein ihre Unterlage findet; bei ihrer meist kurzen Dauer kommt ihnen eine praktische Bedeutung meist nicht zu. Bei dem Stotterer ist die Disposition zu solchen Zuständen jedoch dauernd vorhanden; man wird daher, wo bei diesem eine psychopathische Konstitution nachzuweisen ist, wo starke Eindrücke auf das Gleichgewicht des Gemütes eindringen, wo unter dem Einfluß des Angstaffektes eine mehr oder minder große Bewußtseinsstörung mit unklarer Auffassung der Vorgänge, wo Lähmung in Denken und Handeln auftritt, wo die Dauer der Affektion nicht durch die momentane Situation abgegrenzt wird, von einer Psychose sprechen dürfen. Da alle diese Bedingungen bei S., als er die Anerkennung des Urteils unterschrieb, erfüllt waren, glaubte ich berechtigt zu sein, mein Gutachten dahin abzugeben, daß sich S. zu dieser Zeit in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand.

Aus Anlaß dieser einen Beobachtung brauche ich auf die enorme Literatur über das Stottern nicht einzugehen, besonders da ich bei einem Überblick gerade das nicht gefunden habe, was ich für mein Thema suchte, nämlich was aus dem Stotterer später wird, welche Stellung er im Kampfe des Lebens einnimmt, welche weitere psychische Entwicklung bei dem erwachsenen Stotterer eintritt. Die psycho-pathologischen Erscheinungen sind ja der Aufmerksamkeit der zahlreichen Bearbeiter dieses Übels nicht entgangen. Es wurde schon früh Wert darauf gelegt, festzustellen, daß dasselbe nur in der psychischen Sphäre begründet sei, von einzelnen (*Deinhardt*) wurde das Stottern geradezu als Psychose bezeichnet. Nach dem Vorgange von *Kußmaul* wurde der Sprachfehler dann allgemein unter der Bezeichnung einer spastischen Koordinationsneurose geführt. Es wendete sich auch

eine Zeitlang die Aufmerksamkeit von der psychischen Natur des Stotterns ab und richtete sich mehr auf den Mechanismus der abnormen Sprach- und Atembewegungen, die durch besondere systematische Übungen behandelt wurden. In neuerer Zeit wird jedoch wieder entschiedener betont, sowohl von medizinischer¹⁾ 2) wie pädagogischer³⁾ Seite, daß nur in den psychischen Symptomen die eigentliche Ursache des Stotterns zu suchen ist, demgemäß ist auch die Therapie zu der suggestiv-psychischen Beeinflussung übergegangen. Was die Bezeichnung als Neurose betrifft, so hat ein Autor schon richtig bemerkt, daß diese Neurose keine Aufnahme in die Lehrbücher für Nervenkrankheiten gefunden habe. Eine Einreihung in den gewöhnlichen Inhalt derselben würde ja auch gewisse Schwierigkeiten bieten, da das Stottern nach seiner ganzen Entwicklung mit dem psychischen Leben in einem viel engeren Zusammenhange steht als etwa die lokalisierten Muskelkrämpfe. Mit der Einfügung in den weiten Krankheitsbegriff der Neurasthenie würde man zu einer Vernachlässigung der charakteristischen Selbständigkeit des Stotterübels kommen, da Neurasthenie zwar häufig mit Stottern in Verbindung steht, ein Stotterer aber durchaus nicht immer als Neurastheniker bezeichnet werden kann. Am besten wird man diesem eigentümlichen Symptomenkomplex gerecht, wenn man die Stotterer unter die Degenerierten rechnet. Es werden dann auf der Basis der krankhaften Veranlagung die späteren Entwicklungshemmungen, die nervösen Schwächeerscheinungen und die psychopathischen Zustände am besten sich erklären lassen. Die Lehrbücher der Psychiatrie beschäftigen sich wenig mit dem Stottern, meist wird dasselbe nur kurz als Degenerationszeichen erwähnt. Die Aufnahmeziffer in die Irrenanstalt schien mir zuerst nicht sehr groß zu sein; ich fand unter 600 aufeinander folgenden männlichen Aufnahmen nur einen Stotterer; bei weiterem Suchen konnte ich jedoch aus den letzten Jahren noch mehrere derartige Kranke feststellen, deren wesentlichen Befund ich kurz anführen will:

1) *Liebmann*, Die psychischen Erscheinungen des Stotterns. *Monatsschrift für Psychiatrie*. 1901.

2) *Liebmann*, Stotternde Kinder. 1903.

3) *Püzold*, Die seelischen Hemmungserscheinungen des Stotterns. *Leipzig* 1903.

Chronischer Alkoholismus: Vater Trinker; Stotterer seit früher Jugend; auffallende Schädelbildung.

Hebephrenie: Direkte erbliche Belastung; Vatersschwester taubstumm und geisteskrank. — Im sechsten Jahre Unfall mit Lebensgefahr, an den sich das Stottern anschloß; später Scharlach. Früh Angstzustände. Im 16. Jahre Beginn der Psychose. — Stottert nur in der Erregung. Prognathie, Ohrläppchen nicht abgesetzt, zwei Haarwirbel, Schiefstand der Nase.

Imbezillität: Vetter väterlicherseits hochgradiger Stotterer, Vetter mütterlicherseits Cretin; Strumen in der Familie. — Starker Stotterer von klein auf, Struma, Protusio bulbi. Sehr schweigsam und zurückhaltend; bringt in der Erregung die Worte nur explosionsartig hervor. — Früher manische Erregungszustände mit Vergrößerung der Struma, Exophthalmus, vasomotorischen Störungen.

Originäre Paranoia: Erblichkeit? Schwere Zangengeburt. — Mit vier Jahren die ersten verständlichen Worte, konnte mit sieben Jahren noch nicht sprechen. Als Knabe sehr scheu, viel Kopfschmerzen. Mäßiger Schwachsinn. Sprache in der Erregung fast ganz unverständlich. Pupillendifferenz, sehr wulstige Lippen, Verkürzung der Phalangen und Syndaktylie einer Hand, Epispadie. Mehrfach in Untersuchung wegen sexueller Delikte mit Knaben.

Imbezillität: Hereditär belastet. — Stottert von Jugend an: hochgradiger Schwachsinn; Mißbildung des Gaumens und der Ohren, Irisflecken. Mehrfach bestraft wegen ganz kindischer Diebstähle.

Wie man sieht, handelt es sich hier um schwere Degenerationsformen, bei denen das Stottern keine wesentliche Rolle mehr spielt. Besondere Neigung zu kriminellen Handlungen wird im allgemeinen bei den Stotterern nicht vorhanden sein; ihre eventuellen Delikte werden wohl mehr in der Richtung der Duldung einer Handlung als in aktiver Betätigung bestehen. Wir finden daher in der gerichtlichen Psychiatrie die Stotterer kaum erwähnt, während die viel weniger zahlreichen Taubstummen schon im Strafgesetzbuch berücksichtigt werden. Bei den Fällen, bei denen die pathologische Geistesverfassung, besonders der Schwachsinn, so stark hervortritt, daß das Stottern nur als Be-

gleiterscheinung des Krankheitsbildes betrachtet werden kann, werden sich dem begutachtenden Ärzte meist keine Schwierigkeiten bieten; etwas anders wird es sich jedoch bei den geistig höher stehenden Stotterern verhalten; hier treten mehr die abnorme Reaktion des Nervensystems, die Angstzustände in den Vordergrund und schaffen für die mit dem Sprachleiden Behafteten Situationen, in denen sie nicht imstande sind, ihre Interessen zu vertreten; man wird bei ihnen immer zu untersuchen haben, ob sie nicht infolge eines zurzeit bestehenden abnormen Zustandes verhindert waren, etwas Richtiges zu tun, ob sie nicht etwas duldeten, was sie nachträglich selbst als für sie schädlich erkennen konnten. In Zivilsachen wird diese Möglichkeit wohl selten in Betracht kommen, dagegen in Strafsachen um so einschneidender in Erscheinung treten, besonders wenn in der Hauptverhandlung geradezu eine Kumulierung der speziell für den Stotterer verwirrend wirkenden psychischen Einflüsse eintritt. In diesem Punkte liegt, wie ich glaube, die selbständige Bedeutung des von mir beschriebenen Falles. Man könnte vielleicht darüber in Zweifel sein, ob bei S. der geistige Schwächezustand nicht ein so großer ist, daß er bereits als krankhaft aufgefaßt und demgemäß die Frage des Gerichtes nach der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten hätte verneinend beantwortet werden müssen; sicher mußte der Sachverständige auf Befragen S. als verhandlungsfähig bezeichnen, denn für den Richter war es in diesem Falle von Wert, den Angeklagten sich anzusehen; dieser hatte auch als Imbeziller das Recht, sich zu äußern, darauf zu dringen, daß verhandelt wurde, denn seine Schuld war ja noch erst zu erweisen; und selbst wenn dies bereits geschehen wäre, so hat doch jeder Angeklagte das Recht, dem Richter seine Handlungsweise zu erklären, sich zu entschuldigen. Aber konnte S. dieses alles? Nach der ganzen Beobachtung war S. infolge seines Sprachfehlers dazu nicht imstande; dem Richter bot er ein ganz anderes Bild als dem Arzte; ich habe oben schon erwähnt, daß S. allen, die länger mit ihm zu tun hatten, einen durchaus ehrlichen Eindruck machte, daß er imstande war, seine Lage richtig zu beurteilen, unter für ihn gewohnten Verhältnissen geläufig zu sprechen und Angaben über seinen Prozeß zu machen, die der Beachtung

wert waren. Die guten Seiten S.s traten vor Gericht in keiner Weise hervor; der Vorteil, den das mündliche Verfahren bieten soll, die direkte Einwirkung auf den Richter, ging für S. verloren. Wie sehr sein ganzes durch sein Leiden verursachtes Auftreten einer schiefen Beurteilung ausgesetzt war, bewies mir die Aussage des als Zeugen geladenen Leiters der Gerichtssitzung am 9. Mai; derselbe bezeichnete das damalige Verhalten des S. „als Verstellung“; auch die Grimassen, die S. schnitt, wurden von einem Richter als absichtliche aufgefaßt und demgemäß in für S. ungünstigem Sinne ausgelegt. Die Möglichkeit der Verteidigung war für S. in der ersten Sitzung fast ganz aufgehoben, später durch die Anwesenheit eines Verteidigers wesentlich verbessert; aber immerhin war der Nachteil nicht vollständig auszugleichen, da auch der beste Anwalt die unmittelbar wirkende Aussage nicht ersetzen kann.

Die praktischen Schlüsse, die ich noch ziehen möchte, sind kurz zu fassen: Wer in die Lage kommt, einem Stotterer ärztlichen Rat zu erteilen, wird auch einer intellektuell nicht verkümmerten Persönlichkeit die Weisung erteilen, vor Gericht nie ohne Rechtsbeistand zu erscheinen, da der Stotterer nie wissen kann, ob er Herr seiner Nerven und seiner Besinnung bleiben wird. Als ärztlicher Sachverständiger wird man unter Umständen darauf aufmerksam zu machen haben, daß bei jedem Stotterer krankhafte psychische Erscheinungen bestehen, die eine besondere Berücksichtigung notwendig machen. Es wird jetzt vielfach die Forderung erhoben, daß bei einer künftigen Reform des Strafprozesses bereits im Vorverfahren die Zuziehung eines Beistandes in den Terminen als zulässig erklärt werde; wo es sich um Personen mit einem augenfälligen Gebrechen im Bereiche der Sinnesorgane und der Sprache handelt, dürfte ein derartiges Verlangen berechtigt sein. Das Vorhandensein von Störungen in den psychischen Funktionen und einer damit verbundenen mehr oder weniger großen Hilfsbedürftigkeit kann dabei immer vorausgesetzt werden. Auf jeden Fall würde dadurch verhindert, daß eine solche halbe Persönlichkeit allein vor Gericht erscheint.

Tuberkulose und Irrenanstalten.

Von

Dr. Friedrich Geist,

Arzt an der Königlich Sächsischen Heil- und Pflege-Anstalt Zschadraß.

Die Gesundheitsberichte der Irrenanstalten verzeichnen schon seit langer Zeit die Tatsache, daß Geisteskranke in besonderem Maße von Tuberkulose ergriffen werden. Auch in einer im Jahre 1902 erschienenen Arbeit (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 59) „Die Tuberkulose in den Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der großherzoglich hessischen und ihre Bekämpfung“ kommt *Obwald* wieder zu dem Ergebnis, daß die Pfleglinge der Irrenanstalten in nicht unerheblich höherem Grade diesem Leiden gegenüber gefährdet sind, als die außerhalb der Anstalten lebenden Personen. Nach ihm war von 1877—1901 in den großherzoglich-hessischen Irrenanstalten Tuberkulose 3,9mal so oft Todesursache, als bei der erwachsenen hessischen anderweitigen Bevölkerung. Dabei betrug die Sterblichkeit der Geisteskranken an Tuberkulose 1,48 % und unter 100 Verstorbenen befanden sich 23(25), bei denen Tuberkulose Todesursache war.

Wie unsere Zeit überhaupt ansteckenden Krankheiten gegenüber eine größere Tätigkeit entfaltet, so hat sie auch den Kampf gegen die Tuberkulose mit großer Energie aufgenommen. Die Irrenanstalten, in denen diese Frage ja eine brennende ist, können und wollen natürlich, wie sie es schon bewiesen haben, hierbei nicht zurückbleiben. Daß aber für ein wirksames Handeln eine genaue Kenntnis der in Betracht kommenden Verhältnisse nötig ist, liegt auf der Hand, und eine von Zeit zu Zeit das Vorkommen der Tuberkulose in der Irrenanstalt prüfende Zusammenfassung

erscheint mir deswegen, wenn nicht notwendig, so doch wenigstens sehr empfehlenswert zu sein.

Aus diesem Grunde habe ich die vom 1. Juli 1894 (Eröffnungstag) bis zum 30. Juni 1903 in der Anstalt Zschadraß¹⁾ beobachteten Fälle von Tuberkulose zusammengestellt. Die nachfolgende Untersuchung dürfte auch noch deswegen ein besonderes Interesse verdienen, weil es sich hierbei um eine koloniale Anstalt handelt, die in neuerer Zeit nach den Grundsätzen der modernen Hygiene erbaut ist. Da übrigens Geisteskranke gegen körperliche Erkrankungen vielfach ganz anders reagieren als Geistesgesunde, so glaubte ich mich nicht nur auf statistische Zusammenstellungen des Stoffes beschränken zu sollen, sondern hielt es für angemessen, das Krankheitsmaterial selbst mit aufzuführen.

Zur Erlangung des für die Untersuchung nötigen Stoffes sind zwei Wege denkbar, der klinische und der anatomische. Ersterer ist bei unseren Erkrankungen ganz unzuverlässig. Ein Teil der Patienten ist abweisend und läßt sich überhaupt nicht untersuchen, ein anderer Teil benimmt sich so unzuweckmäßig wie möglich, unterdrückt den Atem oder atmet ganz oberflächlich, lärmt u. a. m., so daß man nichts herausbekommt, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten, die die Feststellung der Tuberkulose am Lebenden auch sonst mit sich bringt. Aus diesen Gründen habe ich von der klinischen Methode für die folgenden Ausführungen prinzipiell Abstand genommen. Nur bei der Statistik habe ich ihre Ergebnisse berücksichtigt, wie das an betreffender Stelle näher dargelegt werden wird. Für die Zusammenstellung des Materials aber habe ich mich ausschließlich auf die Obduktionsbefunde gestützt. Natürlich sind die so erhaltenen Resultate auch keine vollkommen befriedigende; denn streng genommen, erfährt man damit nur etwas über die Verbreitung der Tuberkulose unter den Verstorbenen. Wenn alle Kranke, die in die Anstalt aufgenommen werden, bis zu ihrem Tode hier verblieben, dann würde das so gefundene Ergebnis für die vorliegende Frage nichts oder kaum etwas zu wünschen übrig lassen. Erfreulicherweise scheidet aber eine gewisse Zahl von Aufgenommenen früher oder später wieder

¹⁾ In Zschadraß sind weder Epilektiker, noch Idioten untergebracht.

aus. Wie es bei ihnen mit der Tuberkulose steht, entzieht sich der Feststellung.

Unter den in Zschadraß vom 1. Juli 1894 bis 30. Juni 1903 zur Obduktion gekommenen Personen fand sich Tuberkulose, gleichgültig ob als Todesursache, als Nebenbefund oder als ausgeheilte Prozeß, bei insgesamt 90 Personen, 48 Männern und 42 Frauen.

Es waren von der Krankheit ergriffen:

A. bei Männern

1. Lungen (inkl. Pleura) ...	44 mal	10. Leber	1 mal
2. Darm (inkl. Periton. visc.)	18 "	11. Bauchfell (pariet.)	1 "
3. Lymphdrüsen (nicht nur Vergrößerung)	8 "	12. Schilddrüse	1 "
4. Kehlkopf	7 "	13. Nebennieren	1 "
5. Tonsillen ¹⁾	2 "	14. Nebenhoden	1 "
6. Nieren	2 "	15. Harnblase	— "
7. Mundhöhle	1 "	16. Meninx	— "
8. Speiseröhre	1 "	17. Milz	1 "
9. Magen	1 "	18. Knochen (spin. vent.) ...	1 "

B. bei Frauen

1. Lunge	40 mal	11. Bauchfell (par. nach Perfor.)	1 mal
2. Darm	13 "	12. Schilddrüse	1 "
3. Lymphdrüsen	4 "	13. Nebennieren	— "
4. Kehlkopf	2 "	14. Genitalien: Ovarien	2 "
5. Tonsillen(nicht untersucht)	? "	Tuben	1 "
6. Nieren	3 "	15. Harnblase	1 "
7. Mundhöhle	— "	16. Meninx	1 "
8. Speiseröhre	— "	17. Milz	— "
9. Magen	— "	18. Knochen	— "
10. Leber	— "		

Auf ein einziges Organ beschränkte sich Tuberkulose in folgender Weise: Es waren ergriffen:

A. bei Männern

1. Lungen	22 mal	3. Lymphdrüsen	1 mal
2. Kehlkopf	2 "	4. Darm	1 "

B. bei den Frauen

1. Lungen	21 mal	3. Lymphdrüsen	1 mal
2. Kehlkopf	1 "	4. Darm	— "

¹⁾ In den Tonsillen wurden zweimal mikroskopisch Tuberkelbazillen nachgewiesen. Sonst kamen noch öfters Eiterherde und bröckliche Pfropfen zur Beobachtung, die aber nicht genauer untersucht wurden und daher unberücksichtigt blieben.

Die höchste Zahl der bei derselben Person ergriffenen Organe war:

- A. bei Männern 7 (2mal),
- B. bei Frauen 5 (1mal).

Von Interesse erscheint die Frage nach dem primären Sitz der Tuberkulose bei den einzelnen Personen. Für die Fälle, wo das Leiden nur ein Organ befallen hatte, ist die Frage bereits erledigt. Es ist selbstverständlich, daß die Lungen an erster Stelle stehen. Man findet ferner, daß überall, wo mehr als ein Organ erkrankt ist, die Lunge mit ergriffen ist. Die beregte Frage wird daher auch lauten können: In welchen Fällen von Erkrankungen mit gleichzeitiger Lungentuberkulose ist letztere nicht als der primäre Herd anzusehen?

Die Beantwortung dieser Frage ist m. E. nicht immer leicht, ja, nicht einmal immer möglich. Ich will mich indessen auf weitere Erörterungen nicht einlassen, sondern nur feststellen, daß mir in folgender Weise ein extrapulmonaler primärer Sitz vorzuliegen scheint:

- A. bei Männern: 1. des Kehlkopfes 1 mal
2. der Lymphdrüsen 1 mal
3. der Lippen- u. Wangenschleimhaut 1 mal.
- B. bei Frauen: 1. der Lymphdrüsen 1 mal
2. der Nieren 1 mal,
3. der Ovarien 1 mal.

Bemerkenswert ist, daß der Darmkanal nicht einmal, wenn auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit, als der primäre Sitz anzusprechen war. Wenn man bedenkt, was Geisteskranke oft verschlucken und wie häufig sie Gelegenheit haben, Staub, Schmutz etc. in den Verdauungsapparat aufzunehmen, so muß diese Tatsache entschieden auffallen. In dem oben angeführten Falle primärer Darmtuberkulose — ohne gleichzeitigen Lungenprozeß — handelte es sich um einen ganz siechen Paralytiker, der ein typisches Geschwür und eine große Anzahl Tuberkelknötchen aufwies.

Was die Art und Weise anbelangt, wie sich der krankhafte Prozeß im Körper ausgebreitet hat, so mag hier folgendes Platz finden.

In den Lungen konnte man deutlich zwei — übrigens nicht selten gleichzeitig auftretende — verschiedene Verteilungen der Erkrankung wahrnehmen. Einerseits war die Tuberkulose, Kavernen und Knötchen, über mehr oder weniger große Bezirke regellos zerstreut. Andererseits waren die Herde, Gruppen von Knötchen, Kavernen, mochten es wenige oder mehrere, größere oder kleinere sein, mochten sie in der Spitze oder im Unterlappen sitzen, circumskript und scharf abgegrenzt im Gesunden. Ganz charakteristisch wurde diese Anordnung vor kurzem beobachtet. Die rechte, emphysematöse Lunge war sonst frei von jeder Tuberkel- bzw. Kavernenbildung, auch pleuritische Verwachsungen fehlten. Nur im Unterlappen fanden sich zwei scharf abgegrenzte, etwa haselnußgroße, getrennte Herde je einer Tuberkelgruppe, Form und Sitz waren, wie bei den früher beobachteten, ganz die der Infarkte, keilförmig mit Spitze hiluswärts. Daneben fand sich im Unterlappen ein ganz frischer Infarkt, in dem Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden konnten.

Ferner muß auf die an den Tonsillen gemachten Beobachtungen hingewiesen werden. Bekanntlich haben die Mandeln als „Eingangspforte“ für die Tuberkulose p. p. die Aufmerksamkeit auf sich gezogen, wenngleich in letzter Zeit von namhafter Seite vor Überschätzung dieser Bedeutung gewarnt wird. Ich habe verwertbare Bemerkungen über die Tonsillen in 39 Sektionsberichten gefunden. Gesund waren diese Gebilde in 15 Fällen, dabei fand sich fünfmal im Körper der betreffenden Personen Tuberkulose von meist schwerem Charakter, 24mal waren die Mandeln erkrankt, teilweise schwer eitrig. Die betreffenden Leichen zeigten in zehn Fällen Tuberkulose im Körper, 14 waren frei davon.

Im Darm trat die Tuberkulose fast ausschließlich in Form von Geschwüren auf, einmal war es zu einer Perforation gekommen. Abgesehen von dem schon beschriebenen Fall primärer Erkrankung kam Darmtuberkulose stets in Gemeinschaft mit Lungentuberkulose vor. Das Verhältnis ist:

A. bei Männern:	Lungentub.	44 mal,	Darmtub.	17 mal
B. „ Frauen:	„	40 „	„	13 „

Zieht man die ausgeheilten Lungenfälle und diejenigen ab,

die eine Heilungstendenz zeigten, und bei denen nie Tuberkulose des Darmes gefunden wurde, so ergibt sich Tuberkulose

A. bei Männern: 26mal der Lungen und 17mal des Darmes

B. „ Frauen: 15 „ „ „ „ 13 „ „ „

Hierbei sind aber unter den Lungenfällen noch die mitgerechnet, bei denen der Prozeß nur geringe Ausdehnung hatte, wo z. B. von Zerfall noch keine Rede war. Berücksichtigt man das, so kommt man zu dem Ergebnis, daß in allen schweren Fällen von Lungentuberkulose auch solche des Darmes sich fand.

Es ist bekannt, daß Phthisiker häufig an Tuberkulose des Darmes erkranken. Bei Geisteskranken sind die Verhältnisse für sekundäre Darmtuberkulose besonders günstig. Diese Kranken expectorieren selten und verschlucken fast stets das Sputum. Man kann übrigens gar nicht selten beobachten, daß bei ihnen trotz akuter Lungenerkrankung jedes Husten fehlt.

Bezüglich der Seltenheit primärer Darmtuberkulose gleichen Geistesranke, wie oben gezeigt, geistesgesunden Personen. Zu sekundären scheinen erstere noch mehr zu neigen als nicht Irre.

Gerade im Gegensatz zum Vorkommen der sekundären Tuberkulose des Darmes ist die des Kehlkopfes unter den hier beobachteten Fällen selten. Nach Strümpell erkrankt der vierte Teil aller Fälle von Lungentuberkulose sekundär an der des Kehlkopfes. Greife ich nur die schwersten Fälle heraus, so finde ich bei Männern 16 Fälle von Lungentuberkulose und 3 Fälle von sekundärer Kehlkopferkrankung, bei Frauen unter 14 schwersten Lungentuberkulosen nicht einen einzigen Fall von Tuberkulose des Kehlkopfes. Von den 2 oben angeführten Kehlkopferkrankungen der Frauen war die eine primär und allein im Kehlkopf lokalisiert, die andere trat im Verein mit einer geringen schwärzlichen Schrumpfung einer Lungenspitze auf. Vielleicht wirkt in dieser Beziehung die Schonung günstig, die der Kehlkopf dadurch erfährt, daß die Kranken sehr wenig husten und, da es sich meist um blöde Personen handelt, auch häufig völlig stumm sind.

Bei meinen bisherigen Ausführungen habe ich auf den Grad der vorhandenen Tuberkulose wenig Rücksicht genommen; es kommt nun darauf an, die Schwere der einzelnen Erkrankungen festzustellen.

Nach dieser Richtung hin teile ich das vorhandene Obduktionsmaterial in 3 Gruppen ein, wobei natürlich das tuberkulöse Gesamtbild zugrunde gelegt wird.

1. Gruppe I = ausgeheilte Tuberkulose. Es handelt sich hierbei fast ausschließlich um Narben und Verkalkungen der Lungenspitzen. Solcher Fälle bestanden bei Männern 11, bei Frauen 7.

2. Gruppe II = Tuberkulose als Nebebefund. Hier sind zwei Unterabteilungen zu unterscheiden.

a) Tuberkulose mit Tendenz zur Heilung, b) Tuberkulose ohne Tendenz zur Heilung.¹⁾

a) Hierher gehören solche Lungenherde, die in oder an einem größeren vernarbten oder verkalkten Bezirk noch kleinere käsige Bröckel zeigten. Das wurde bei Männern und Frauen je 7mal beobachtet.

b) umfaßt Tuberkulose, die nur zweifelhafte oder gar keine Aussichten auf Heilung bot, bei welcher aber der Prozeß noch ziemlich beschränkt war = 13 Männer, 13 Frauen.

3. Gruppe III d. s. alle Erkrankungen, die direkt zum Tode geführt haben, oder bei denen die Tuberkulose einen solchen Grad erreicht hatte, daß der Tod in Bälde dadurch eingetreten wäre, wenn er nicht durch ein, sozusagen interkurrentes Leiden, wie paralytischen Anfall, paralytisches Siechtum, Erschöpfung nach Aufregungszuständen usw. herbeigeführt worden wäre. Das betrifft 17 Männer und 14 Frauen.

Die Erkrankungen der Gruppen IIb und III sind demnach als schwere Fälle aufzufassen. Zeitlich verteilen sich diese, wie folgt:

				Männer	Frauen
Vom 1. Juli 1894—30. Juni 1895				2	2
" " 1895— " 1896				2	1
" " 1896— " 1897				—	1
" " 1897— " 1898				4	3
" " 1898— " 1899				3	1
" " 1899— " 1900				—	5
" " 1900— " 1901				6	6
" " 1901— " 1902				5	5
" " 1902— " 1903				8	3
				<u>30</u>	<u>27</u>

¹⁾ Alle zweifelhaften Fälle wurden zu Gruppe b gerechnet. Selbstverständlich sind alle Prognosen nur Wahrscheinlichkeitsprognosen.

Möge hier eine kurze Charakteristik der vom 1. Juli 1902 bis 30. Juni 1903 unter den Männern beobachteten 8 Fälle Platz finden: 4 litten an schwerer ausgedehnter Tuberkulose, 2 waren körperlich hochgradig siech und zeigten bei der Obduktion je einen mäßigen Grad frischerer Tuberkulose, der siebente war jener Fall mit primärer Darmerkrankung, der achte hatte sich bei einem vor seiner Aufnahme erfolgten Selbstmordversuch den Kehlkopf mit verletzt; es fand sich ein Kehlkopfgeschwür von kleiner Ausdehnung. Direkt an Tuberkulose starben in Zschadraß vom 1. Juli 1894—30 Juni 1903 13 Männer und 13 Frauen.

Zeitlich verteilen sie sich:

				Männer	Frauen
Vom 1. Juli 1894—30. Juni 1895				2	—
" " 1895—	" 1896			1	1
" " 1896—	" 1897			—	—
" " 1897—	" 1898			1	3
" " 1898—	" 1899			1	1
" " 1899—	" 1900			—	—
" " 1900—	" 1901			1	4
" " 1901—	" 1902			3	3
" " 1902—	" 1903			4	1

Nachdem ich immer nur die absoluten Zahlen der von Tuberkulose Befallenen angeführt habe, erhebt sich nun die Frage, wie groß die Verbreitung dieses Leidens in Zschadraß ist, und nötigt dazu, die von Tuberkulose Freigebiebenen denen gegenüberzustellen, die an ihr erkrankt sind.

Wenn man die dadurch gewonnenen Verhältniszahlen für ein Urteil über die gesundheitlichen Bedingungen in Zschadraß verwerten will, so wird man verschiedenen Bedenken nicht ausweichen können: einerseits ist die Gesamtheit der Zahlen eine kleine; die Statistik wird aber naturgemäß um so zuverlässiger, je mehr Zahlen ihr zugrunde gelegt werden, während umgekehrt kleine Zahlenwerte durch Zufälligkeiten leicht beeinflußt werden. Indessen darf man nicht außer acht lassen, daß solche Statistiken durch Zufälligkeiten verfälscht werden können, es aber durchaus nicht müssen; daß ferner unter allen Umständen die tatsächlichen Verhältnisse Einfluß haben müssen. Darum erscheint mir eine solche Statistik durchaus nicht völlig wertlos, man darf nur nicht die nackten Zahlen allein reden lassen. Gewichtiger sind Einwürfe,

die sich aus der Wertschätzung des gefundenen Materials herleiten. In den Anstaltsberichten wird als Gradmesser für die Ausbreitung der Tuberkulose immer die Zahl der an ihr in der Anstalt Verstorbenen angegeben. Nun aber ist unter den Anstaltsinsassen ein bald mehr, bald weniger lebhafter Wechsel. Einerseits wird manche Tuberkulose eingeschleppt, die die Statistik verschlechtert. Andererseits kann man nicht von der Hand weisen, daß ebenso Tuberkulose die Anstalt vor ihrem Tode verlassen. Das gegenseitige Verhältnis dieser beiden Zahlenwerte läßt sich kaum, am wenigsten sicher beurteilen.

Auch anderweite Bedenken lassen sich hier geltend machen: aus der obigen Zusammenstellung ergab sich, daß bei mancher Obduktion ziemlich ausgebreitete Tuberkulose gefunden wurde, die man aber nicht als Todesursache ansprechen konnte. Es kommt natürlich der Statistik zugute, wenn ein mehr oder weniger hochgradiger Tuberkulöser am paralytischen Anfall o. a. stirbt. Daß hierdurch der Zufall auf die Statistik einen entscheidenden Einfluß gewinnt und einen Vergleich zwischen verschiedenen Anstalten auf Grund der Zahl der an Tuberkulose Verstorbenen nur schwer zuläßt, liegt auf der Hand. Will man trotzdem solche Zahlen aufstellen, so findet man:

	Gestorben vom 1. Juli 1894 bis 30. Juni 1903	Gestorben darunter an Tuberkulose		
Männer	174	13	=	7,4 ‰
Frauen	95	13	=	13,6 ‰
				} 10,5 ‰

In den neun Jahren sind in Zschadraß 26 Personen an Tuberkulose gestorben; also jährlich 3 Todesfälle an Tuberkulose!

Schließt man diejenigen mit ein, die zwar nicht direkt an Tuberkulose gestorben sind, aber zweifellos in Kürze daran zugrunde gegangen wären, so ist das Verhältnis

Männer	174 : 17 =	9,7 ‰	} 12,2 ‰
Frauen	95 : 14 =	14,7 ‰	

Nimmt man auch noch die hinzu, die eine prognostisch üble Tuberkulose aufwiesen (Gruppe IIb), so ergibt sich

Männer	174 : 30 =	17,2 ‰	} 22,8 ‰
Frauen	95 : 27 =	28,4 ‰	

Man könnte meinen, Tuberkulose käme bei den Frauen viel häufiger vor, als bei den Männern. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Sterblichkeit bei den Männern infolge der Paralyse höher ist. Dadurch wird natürlich der Prozentsatz der Tuberkulösen geringer.

Wichtiger als die Ergebnisse, die sich auf die Gesamtsterblichkeit beziehen, einem Faktor, der bei unsern Verhältnissen von so verschiedenen Bedingungen beeinflußt wird, erscheint das Resultat, das man aus dem Vergleich der Zahl der an Tuberkulose Verstorbenen mit der der verpflegten Personen gewinnt. Freilich wird auch hierdurch die Frage, unter welchen gesundheitlichen Bedingungen die Kranken in Zschadraß leben, nur eine relative Beantwortung erfahren können: der Wechsel ist eben, wie schon angedeutet, immer noch zu groß, als daß der Zufall nicht eine erhebliche Rolle spielen könnte. Zunächst kann man feststellen, wieviel von den gesamten, jemals in die Anstalt aufgenommenen Personen an Tuberkulose verstorben sind. Nimmt man die Zeit bis März 1904, so findet man Männer und Frauen 1471 : 27 = 1,8 %.

Zu ganz anderen Resultaten kommt man übrigens, wenn man, wie das meist üblich ist, den Durchschnittsbestand der Verpflegten für die einzelnen Jahre zugrunde legt. Für unsere Anstalt finde ich dadurch folgende Zahlen:

	Gesamt- durchschnittsbestand Männer u. Frauen	Gestorben an Tuberkulose	%
1894 (vom 1. Juli an)	304,3	2	0,65
1895	325,72	3	0,92
1896	393,2	—	—
1897	428	—	—
1898	441,15	4	0,90
1899	478,37	2	0,41
1900	518	1	0,19
1901	541,33	6	1,10
1902	480,78	7	1,45
1903 (bis 30. Juni)	458 ¹⁾	1	0,21

¹⁾ Durchschnittsbestand für das ganze Jahr berechnet.

Den jährlichen Durchschnitt aus diesen Prozentsätzen geben 0,65% wieder. *Obwald* führt für eine Reihe Anstalten einen Durchschnittssatz von 1,11% an. Für die sächsischen Landesanstalten (exkl. Zschadraß und Hochweitzschen¹⁾) berechnet er für 1899 einen Durchschnitt von 1,38%. In Herzberge und Dalldorf starb nach ihm im Jahre 1899 ca. 1% des Bestandes an Phthise. Was die Tuberkulosesterblichkeit im ganzen Lande anbelangt, so stehen mir leider nur die Sätze für die Gesamtbevölkerung, nicht gesondert für die Erwachsenen zur Verfügung. Im Königreich Sachsen starben von 1000 Personen in den Jahren 1897—1901 durchschnittlich 2,10 an Tuberkulose.

Mit den für Zschadraß gefundenen Zahlen ist allerdings nur gesagt, wieviel Personen an Tuberkulose gestorben sind; welche Rolle aber der Anstaltsaufenthalt hierbei gespielt hat, was ja für uns das Wesentlichste ist, darüber besagen die berechneten Werte gar nichts. Um aber hierüber ein Urteil zu gewinnen, habe ich folgenden Weg eingeschlagen. Ich stellte zunächst fest, nach welcher Aufenthaltsdauer in der Anstalt bei den einzelnen Personen Tuberkulose gefunden wurde. Dann stellte ich den Tuberkulösen die gegenüber, die bei gleicher Aufenthaltsdauer frei von Tuberkulose geblieben sind.

Bevor ich diese Zahlen wiedergebe, möchte ich noch einige Bemerkungen darüber machen, wie ich zu der Aufstellung der Nichttuberkulösen gekommen bin. Einmal wurden alle die aufgeführt, die bei Sektionen völlig frei von der Erkrankung gefunden waren. Dann benutzte ich Zahlen, die auf klinischem Wege gewonnen wurden. Um so sicher wie möglich zu gehen, beschränkte ich mich auf Kranke, die gegenwärtig, März 1904, in der Anstalt sind und bereits am 1. Jan. 1902 hier verpflegt wurden. Von ihnen scheiden die aus, welche zurzeit klinische Zeichen einer bestehenden Tuberkulose aufweisen. Bei den erwähnten Kranken wurde die Dauer des Anstaltsaufenthaltes nur bis zum 1. Januar 1902 in Berechnung gezogen, hierbei aber nun die Annahme gemacht, daß sie, die Kranken, die gegenwärtig keinen Verdacht auf Tuberkulose bieten, vor 26 Monaten, also am

¹⁾ Für Epileptiker.

1. Jan. 1902 nicht tuberkulös waren. Absolut richtig kann man diese Voraussetzung nun allerdings nicht nennen, denn wie schon mehrfach erwähnt, sind die Resultate klinischer Untersuchung bei Geisteskranken unsicher. Und man muß sich dieser etwaigen Fehlerquelle wohl bewußt sein.

Wird diese aber so erheblich sein, um die nachfolgende Statistik wirksam zu beeinflussen? Nun, erstens bietet ja das laufende oder kommende Jahr die Möglichkeit, hier korrigierend einzutreten. Dann muß man aber auch sagen, daß eine Tuberkulose, die nach einer Dauer von mehr als zwei Jahren — sogar bei Geisteskranken — nicht die geringsten Erscheinungen, z. B. Gewichtsverluste, macht, offenbar keinen bösartigen Charakter hat, sodaß sie also für die Beurteilung der hiesigen gesundheitlichen Verhältnisse nicht gerade erschwerend ins Gewicht fällt. Schließlich wäre noch zu erwägen, daß es sich bei Kranken, die sich nach 26 Monaten noch in der Anstalt befinden, in der überwiegenden Mehrzahl, ja fast ausschließlich um solche handelt, die sozusagen dauernd in ihr verpflegt werden. Schwer tuberkulöse Kranke, Gruppe IIb u. III, gab es in den neun Jahren 30 Männer und 27 Frauen, also durchschnittlich 3 Männer und 3 Frauen pro Jahr. Darunter finden sich aber solche, die nicht 26 Monate in der Anstalt waren. Man würde also, wenn man nur die Zahl derjenigen in Betracht ziehen wollte, die voraussichtlich am 1. Januar 1905 noch keine Krankheit aufweisen, nicht einmal je 3 Personen für Männer und Frauen in Berechnung zu ziehen haben. Hiervon müßten aber die noch in Abzug gebracht werden, die, als tuberkulös erkannt, bei der Aufstellung unberücksichtigt geblieben sind. Daß Geisteskranke, die am 1. Januar 1905 noch keine Zeichen von Tuberkulose bieten, auch am 1. Januar 1902 als frei von Tuberkulose angesehen werden können, bezw. ihre Zahl als solche in Betracht gezogen werden kann, ist eine Annahme, die kaum ihr bedenkliches hat. Natürlich handelt es sich nur um Tuberkulose von bösartigem Charakter. Ein Prozeß, der nicht weiter fortschreitet oder in der Anstalt sogar ausheilt, spricht eher zugunsten der Gesundheitsverhältnisse in der Anstalt.

Was die Anstaltsaufenthaltsdauer der Personen mit schwerster Tuberkulose Gruppe III anbelangt, so ergibt sich folgendes:

A. Männer.

Aufenthaltsdauer	Personenzahl	Aufenthaltsdauer	Personenzahl
1 Monat	1 Mann	37 $\frac{1}{2}$ Monat	1 Mann
2 $\frac{1}{2}$ "	1 "	38 "	1 "
6 "	1 "	38 $\frac{1}{2}$ "	1 "
7 $\frac{1}{2}$ "	1 "	41 "	1 "
16 "	1 "	49 "	1 "
19 "	1 "	98 "	1 "
21 "	1 "	100 "	1 "
28 "	1 "	101 "	1 "
30 "	1 "		

B. Frauen.

Aufenthaltsdauer	Personenzahl	Aufenthaltsdauer	Personenzahl
1 Monat	1 Frau	50 Monate	1 Frau
3 "	1 "	54 "	1 "
3 $\frac{1}{2}$ "	1 "	59 "	1 "
4 "	2 "	60 "	1 "
5 "	1 "	64 "	1 "
5 $\frac{1}{2}$ "	1 "	89 "	1 "
10 "	1 "		

Wir sehen, daß bei den Männern über die Hälfte innerhalb der ersten 2 $\frac{1}{2}$ Jahre (30 Monate), bei Frauen innerhalb des ersten Jahres (10 Monate) starb. Nach der durchschnittlichen mittleren Zeitdauer der Tuberkulose von ca. 3 Jahren kann man also etwa die Hälfte der angeführten Tuberkulösen als in der Anstalt erworben ansehen.

Weiterhin ist nun die Zahl derjenigen anzuführen und zu den Tuberkulösen in ein Verhältnis zu bringen, die bei gleicher Anstaltsaufenthaltsdauer frei von dieser Krankheit geblieben sind. Hierbei werden die Personen meiner Gruppen I u. IIa nicht mitgezählt; wohl aber alle, die ich unten IIb u. III zusammengefaßt habe. Wie ich die Zahl der „Tuberkulosefreien“ gefunden habe, ist oben des weiteren auseinandergesetzt. Da der Aufenthalt der letztgenannten nur bis zum 1. Januar 1902 in Betracht gezogen wurde, so fallen natürlich die Tuberkulösen mit längerem Aufenthalt nicht mit in die Berechnung.

In der Anstalt	Männer			Frauen			Gesamtergebnis		
	Per- sonen ¹⁾	tuber- kulös	0/0	Per- sonen ¹⁾	tuber- kulös	0/0	Per- sonen	tuber- kulös	0/0
bis 1/4 Jahr	272	4	1,4	204	6	2,9	476	10	2,1
" 1/2 "	245	1	0,4	196	6	3,0	441	7	1,6
" 3/4 "	232	3	1,3	182	2	1,1	314	5	1,6
" 1 "	117	—	—	173	2	1,1	390	2	0,5
" 1 1/4 "	205	1	0,5	165	1	0,6	370	2	0,5
" 1 1/2 "	189	1	0,5	152	1	0,6	341	2	0,6
" 1 3/4 "	180	2	1,1	148	1	0,7	328	3	0,9
" 2 "	173	2	1,1	141	—	—	314	2	0,6
" 2 1/2 "	157	2	1,2	128	—	—	285	2	0,7
" 3 "	147	1	0,7	120	1	0,8	267	2	0,7
" 3 1/2 "	139	4	2,9	107	—	—	246	4	1,6
" 4 "	128	—	—	96	1	1,0	224	1	0,4
" 5 "	119	2	1,7	83	3	3,6	202	5	2,5
" 6 "	99	—	—	66	2	3,0	165	2	1,2
" 7 "	76	3	3,9	34	—	—	110	3	2,7
" 8 "	70	—	—	3	1	—	73	1	1,4
" 9 "	—	3	—	—	—	—	—	—	—
länger als 9 J.	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Durchschnitt 1,2 0/0

Berechnet man aus den vorstehenden Zahlen einen Durchschnittssatz, so kommt man zu dem Resultate, daß von 100 Geisteskranken 1,2 an einer prognostisch ungünstigen Tuberkulose erkranken.

Welche Schlüsse lassen nun die bei der statistischen Berechnung gewonnenen Werte zu? Wenn ich von der letzten Tabelle absehe, die ja nicht nur die an Tuberkulose Verstorbenen berücksichtigt, so habe ich für die Sterblichkeitsziffer zwei verschiedene Durchschnittswerte bekommen. Einerseits 1,80%, wenn die Gesamtheit aller Aufnahmen in Betracht kommt, und 0,65%, wenn die jährlichen Durchschnittszahlen zugrunde gelegt werden. Der Grund für diese Differenz dürfte darin zu suchen sein, daß im Vergleich mit dem Bestand die Zahl der Neuzuführungen, wie überhaupt die Krankenbewegung verhältnismäßig gering ist, wodurch die kleinen Zahlenwerte je nachdem zu stark beeinflußt

¹⁾ Hier sind die Tuberkulosefreien und Tuberkulösen zusammengerechnet, um festzustellen, wieviel Prozent unter ihnen zusammen tuberkulös geworden sind. Die Personen der Gr. I u. II a sind vollkommen unberücksichtigt geblieben.

werden. Wie sehr wieder dadurch ein Vergleich mit anderen Verhältnissen erschwert wird, liegt auf der Hand.

Trotzdem läßt sich auf Grund der gefundenen Zahlen mit Sicherheit auch hier feststellen, daß die Zahl der an Tuberkulose Gestorbenen in der Anstalt verhältnismäßig größer ist, als im Lande sonst.

Woran liegt das aber nun? Hat das seinen Grund darin, daß hier Geisteskranke verpflegt werden, ist also das vermehrte Auftreten der Tuberkulose eine spezifische Erscheinung der Krankenhäuser für Geisteskranke, oder würden Geistesgesunde, die unter denselben Verhältnissen leben, ebenso erkranken? Zweifellos liegt in der Dichtigkeit des Zusammenlebens an sich eine gesteigerte Infektionsgefahr bezüglich der Tuberkulose. Man könnte versucht sein, zur Lösung dieser Frage Kasernen, Internate etc. in der angegebenen Richtung zu prüfen und mit Irrenanstalten zu vergleichen. Es leuchtet indessen ein, daß bei der Verschiedenheit der jedesmaligen Bewohner ein solcher Vergleich nur mit Vorsicht anzustellen, bzw. sein Resultat zu verwerten ist. M. E. könnten hier höchstens die Zuchthäuser und Gefängnisse in Betracht kommen.

Für unser sächsisches Zuchthaus finde ich folgende Zahlen.

Jahr	Männer			0/o d. Tub.		Weiber ¹⁾			0/o	Zusammen		
	Bestand durchschn.	Gestorben	Gestorben an Tuberk.	z. Bestand	Zu den Ge- storbenen	Bestand durchschn.	Gestorben	Gestorben an Tuberk.	z. Bestand	Bestand	Gestorben an Tuberk.	0/o
1894	1648	43	33	2,0	76,7	266	11	5	1,9	1914	38	1,98
1895	1616	41	29	1,8	71	246	3	2	0,8	1862	31	1,66
1896	1533	33	23	1,5	69,6	246	4	2	0,8	1779	25	1,4
1897	1494	28	24	1,6	85,7	232	4	2	0,9	1726	26	1,5
1898	1461	45	31	2,1	68,8	219	4	1	0,45	1680	32	1,9
1899	1508	37	25	1,6	67	218	6	3	0,4	1726	28	1,6
1900	1473	24	13	0,9	54	206	4	1	0,5	1679	14	0,8
1901	1500	28	13	0,9	46	215	1	—	—	1715	13	0,7

Es ergibt diese Tabelle als Gesamtdurchschnitt der an Tuberkulose Verstorbenen zu dem Bestande 1,40/o.

¹⁾ Bei der Niedrigkeit der Zahlen wurde die Tuberkulosesterblichkeit zur Sterblichkeit überhaupt nicht in Anrechnung gebracht.

Eine Prüfung der beregten Verhältnisse in den sächsischen Gefängnissen insgesamt gibt folgendes Resultat.

Jahr	Durchschnitts- bestand	Gestorb. an Tuberkulose	‰
1894	2150	10	0,46
1895	2163	10	0,46
1896	2249	9	0,40
1897	2255	7	0,31
1898	2399	8	0,33
1899	2653	14	0,53
1900	?	12	?
1901	2496	12	0,48

Gesamtdurchschnitt = 0,42‰.

Auf Grund der jährlichen Prozentsätze kann ich nun folgende Reihe aufstellen: Es starben an Tuberkulose durchschnittlich

in sächsischen Städten über 8000 Einwohner 0,21‰		
nach den Volkszählungen	Leipzig	} 0,23‰
vom 1. XII. 1895 u. 1900.	Dresden	
— An Lungentuberkulose.	Chemnitz	
In den Gefängnissen		0,42‰
In Zschadraß		0,65‰
Im Zuchthaus		1,4 ‰

Woher die hohe Sterblichkeitsziffer im Zuchthaus kommt, entzieht sich meiner Beurteilung. Im übrigen überragt die Irrenanstalt die anderweitigen Zahlen, die doch sicher auch noch durch manchen ätiologisch-wichtigen, in der Anstalt fehlenden Faktor beeinflusst sind.

Lassen sich nun, abgesehen von den zuletzt berührten Verhältnissen, die Unterschiede wirklich durch eine verschiedene Bevölkerungsdichte erklären? Wollte man das annehmen, so käme man zu dem Schlusse, daß die Kranken in der Anstalt, die im Pavillonstil gebaut ist, und in der sie eine erhebliche Bewegungsfreiheit haben, viel dichter beisammenwohnen, als in den Gefängnissen, und zwar in einem höheren Grade gedrängt leben, als die Insassen der Gefängnisse im Verhältnis zu den Bewohnern der großen Städte, insbesondere einer Industriestadt wie Chemnitz. Man wird vielmehr zu der Überzeugung gedrängt, daß das dichte

Zusammenleben der Geisteskranken als solches nicht das ausschlaggebende Moment sein kann. Selbstverständlich ist dieser Punkt nicht gleichgültig; je mehr eine Anstalt belegt oder gar überfüllt ist, desto größer ist die Infektionsgefahr; aber es kommt doch bei unsern Kranken noch ein Plus hinzu, das *ceteris paribus* bei Geistesgesunden fehlt.

Bevor ich weitergehe, dürfte es nicht unangebracht sein, einzelne der hier vorgekommenen Fälle näher zu betrachten. Ich bin in der Lage, über 14 Kranke mit schwerster Tuberkulose aus eigener Erfahrung berichten zu können.

1 hatte bereits bei seiner Aufnahme einen Spitzenkatarrh;

2 war infolge eines Magenkrebses schwer siech;

3, 4, 5, 6 waren stark gehemmt und siech;

7, 8, 9 waren in offenen, nichts weniger als überfüllten Häusern untergebracht. 7 und 9 litten an hochgradiger Demenz, 8 war jedenfalls schon krank, als er herkam (primär. Kehlkopftuberkulose, Habitus phthis.);

10 litt an Dem. praecox, war zwar nicht besonders gehemmt, aber von Haus aus etwas dürrig entwickelt;

11, 12, 13, 14 wohnten in einem normal belegten Hause;

11 war ein gänzlich abweisender Paranoiker, der bei scheinbar bestem Wohlbefinden urplötzlich an einer Lungenblutung zugrunde ging; die Obduktion ergab eine große Kaverne;

12 war ein heruntergekommener Paralytiker;

13 war ein dementer Kranker, der alles Mögliche, u. a. ausgekämmte Haare in den Mund steckte;

14 ein dementer, unsauberer Kranker, der mit Vorliebe auf dem Fußboden lag.

11, 12, 13, 14 sind in demselben Hause — Lokalheizung — im Laufe mehrerer Jahre erkrankt; ein anderer, jetzt noch lebender Tuberkulöser fand sich lange Zeit in demselben Hause.

Unter den 14 Kranken waren also 2 höchstwahrscheinlich bei ihrer Ankunft tuberkulös, 5 körperlich stark siech, 5 waren dement, 1 litt an Dem. praecox und war von Hause aus dürrig, und nur 1 war darunter, bei dem man weder eine körperliche, noch psychische Ursache findet, höchstens konnte man eine ausgeprägte Trägheit feststellen.

Worin ist nun aber das häufigere Vorkommen der Tuberkulose bei Geisteskranken begründet?

Zweierlei Bedingungen müssen erfüllt sein, wenn es zu einer tuberkulösen Erkrankung kommt. Erstens muß das Krankheits-

gift, der Bacillus, in den Körper eindringen, zweitens muß er einen geeigneten Nährboden finden. Man kann gleich sagen, einen dauernd geeigneten Nährboden, andernfalls kommt der Prozeß eben zur Ausheilung. Man kann diese beiden Faktoren wiedergeben durch „Exposition“ (*Obwald*), d. h. der Körper muß sich dem Eindringen des Bacillus aussetzen, bezw. muß ihm ausgesetzt sein, und „Disposition“.

Von diesen beiden Gesichtspunkten aus müssen wir die Verhältnisse unserer Kranken betrachten, wobei ich selbstverständlich auf die auch bei Geistesgesunden wirksamen Momente nicht eingehe.

Was zunächst die Exposition anbelangt, so ist selbstredend das mehr oder weniger dichte Zusammenwohnen der Irrenanstaltspfleglinge, wie schon bemerkt, nicht ohne Belang. Durch das äußere Verhalten der Geisteskranken gewinnt es an Bedeutung. Diese sind in der Wahl dessen, was sie in den Mund stecken, oder womit sie ihre Finger besudeln, ohne sie zu reinigen, oft nichts weniger als vorsichtig. Wie viele sielen sich auf dem Fußboden umher und beschmutzen sich die Hände immer wieder mit dem Stubenstaub etc. Speichel und Auswurf werden oft achtlos abgesetzt. Während meiner Assistentenzeit an einer thüringischen Anstalt behandelte ich einen akademisch gebildeten, durchaus nicht verblödeten Kranken, der jedesmal beim Anblick von Sputum sich längs an die Erde legte und dasselbe aufsog. Es bedarf ja keines weiteren Beweises, daß die „Exposition“ bei Geisteskranken größer ist als bei Geistesgesunden.

Wie steht es mit der Disposition? Von vornherein wird man zugeben, daß jedes unzweckmäßige Verhalten der Kranken, wie unregelmäßige Nahrungsaufnahme etc., soweit es das körperliche Wohlbefinden beeinträchtigt, eine erhöhte Disposition für körperliche Erkrankungen, so auch für Tuberkulose setzt. Es fragt sich aber, ob die Geisteskrankheit direkt der Tuberkulose den Boden vorbereitet. Nach den Autoren sterben die meisten Tuberkulösen nach längerem Anstaltsaufenthalt und gehören überwiegend zu den Verblödungspsychosen. Ich kann aus meiner Statistik ein solches Zeitverhältnis zwar nicht herausfinden; doch können meine kleinen Zahlenwerte nicht gegen diese Annahme ausgespielt werden. Ich möchte aber hierüber

die folgende Bemerkung nicht unterlassen. Eine Reihe heilbarer oder besserungsfähiger Kranker verläßt die Anstalt, bevor eine etwaige Tuberkulose zum Tode geführt hätte. Solche Kranke mit kürzerem Aufenthalt werden also in der Statistik nicht mit verwertet, wenn sie nachher zu Hause sterben. Es ist ferner wahrscheinlich, daß, wenn irgend welche Geisteskrankheiten zur Tuberkulose disponieren, die Wirkung um so stärker ist, je länger die Krankheit dauert. Es ist außerdem eine bekannte Tatsache, daß unter den sozusagen dauernd Verpflegten die mehr oder weniger ausgeprägten Verblödungsformen der Zahl nach überwiegen. Es wäre somit gar nicht anders zu erwarten, als daß die Tuberkulosesterblichkeit besonders die schon geraume Zeit Verpflegten betreffe, und daß hierbei die an sich numerisch stärkeren Blödsinnsformen überwögen.

Diese Erörterung veranlaßt mich, trotz der Kleinheit meiner Zahlen, mein Material nach der Art der bestehenden Geistesstörung hin zu prüfen. Ich finde dabei für meine schweren Tuberkulosefälle (Gruppe II b, III) unter den Männern folgendes:

1. Paralyse mit leidlicher Remission. 6 Monate in der Anstalt, wahrscheinlich eingeschleppt.

2. Paranoia halluc. 38 Monate in der Anstalt, wahrscheinlich eingeschleppt.

3. Demenz mit Diabetes. 51 Monate in der Anstalt.

4. Carcinomatöses Siechtum. 48 Monate in der Anstalt.

5. Imbecillitas. 109 Monate in der Anstalt.

6. Traumatische Hysterie, hochgradige Apathie. 38 Monate in der Anstalt.

7, 8 Paranoia, 41 Monate, 83 Monate (Kehlkopfgeschwür) in der Anstalt.

9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Vorgeschrittene Paralyse. *).

26, 19, 19, 1, 30, 17, 1, 8 Monate in der Anstalt.

19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. Sekundäre Demenz, sekundärer Blödsinn, Dementia senilis, praecox. *), *), *), 25, 23, 82, 37. 21, 48, 98, 101, 35 Monate in der Anstalt.

Von den 30 angeführten Fällen mit verschiedener Aufenthaltsdauer von 1 Monat bis zu 109 Monaten litten:

1. 24 an einer Blödsinnsform des verschiedensten Ursprunges.

2. 1, mäßig schwachsinnig (Paranoia halluc.), an hochgradigem Siechtum infolge von Carcinom.

* Aus einer anderen Anstalt zugeführt.

3. 1 an traumatischer Hysterie, bei dem sich die stärkste Apathie ausgebildet hatte; der Kranke blieb liegen, wo er war, trat überhaupt nicht mehr auf.

4. 2 an Paranoia, 1 davon hatte nur ein Geschwür des Kehlkopfes.

5. Eine Tuberkulose war sicher eingeschleppt, eine zweite wahrscheinlich als Kehlkopftuberkulose. Die erste betraf einen Paralytiker mit guter Remission, die andere einen Paranoiker. Beide haben ihre Tuberkulose dem Anstaltsaufenthalt nicht verdankt, für den ersten kann man ungezwungen annehmen, daß er seine Tuberkulose sich zugezogen hat, bevor die Geisteskrankheit ausbrach.

Die vorstehend beschriebenen Erkrankungen zeigen, daß es der höhere Grad geistigen Verfalles ist, welcher eine Disposition zur Tuberkulose schafft, mag dieser Verfall nun schneller oder langsamer eintreten (oder, wie anderweitig nachgewiesen ist, als angeborene Entwicklungshemmung, Idiotie, Imbecillitas, vorhanden sein).

Wird man nun auch diese Tatsache, besonders auf Grund der großen Statistiken¹⁾ anderer Autoren nicht bezweifeln können, so ist damit die Wirkung dieses Faktors noch nicht gegeben. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir, wozu ja manche Beobachtungen zu berechtigen scheinen, tiefgreifende Störungen des gesamten Stoffwechsels hier voraussetzen. Man kann ferner bei solchen Kranken mit zunehmender Verblödung auch eine immer weitergehende Abnahme jeder Reaktion auf äußere Einflüsse und jeder Eigenregung konstatieren, auch die Atmung wird mangelhaft, was wohl den Eintritt von Lungentuberkulose begünstigt. Ich möchte aber auch noch die Frage aufwerfen, ob die Abnahme der reflektorisch oder automatisch vom Gehirn ausgehenden Impulse nicht auch direkt einen schwer schädigenden Einfluß auf die Gewebe und Organe ausübt. Daß Nervenzentren verkümmern, wenn sie keine Reize mehr empfangen, ist bekannt. Eben so wissen wir, daß z. B. bei Paralyse die Knochenfestigkeit leidet.

¹⁾ Die Paralyse spielt in den Statistiken allerdings nicht die große Rolle, wie hier. Das bedeutet indessen keinen Widerspruch, da sich dieselben immer nur auf die Todesfälle an Tuberkulose stützen. Paralytiker gehen aber meist schon vorher zugrunde, bevor die Tuberkulose eine so große Ausdehnung erreicht. Es wäre trotzdem wünschenswert, wenn diese Verhältnisse an einem großen Material untersucht würden.

Da es sich indessen hier um die strittige Frage des trophischen nervösen Einflusses handelt, so mag es hiermit bewenden.

Theorie und Praxis sprechen dafür, daß Geisteskranke *ceteris paribus* viel leichter von Tuberkulose ergriffen werden, als Geistesgesunde. Den Irrenärzten erwächst somit die Pflicht, diesem in Irrenanstalten gewissermaßen einheimischen Übel besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Es ist selbstverständlich, daß auch von diesem Gesichtspunkte aus bei Anlage, Einrichtung und Betrieb der Anstalten, Belegung der Räume und Verpflegung der Kranken die Grundsätze der geltenden Hygiene befolgt werden und der ganze, zur Bekämpfung infektiöser Krankheiten notwendige Apparat aufgeboten wird.

Ist die Krankheit einmal da, so sind die Hoffnungen, durch therapeutische Maßnahmen die betroffenen Personen zu retten, leider recht gering. Denn einerseits lassen sich die disponierenden Ursachen nicht beseitigen, anderseits wird man nur selten einen Patienten finden, der verständig genug ist, die ärztlichen Anweisungen zu befolgen. Gerade aber bei dieser Aussichtslosigkeit der Therapie muß das größte Gewicht auf die Prophylaxe gelegt werden.

Neben den allgemeinen, oben angedeuteten, verlangt die Irrenanstalt noch besondere Maßregeln. Jeder tuberkulöse Kranke bedeutet infolge seines in der Regel unzweckmäßigen Verfahrens mit Sputum etc. bei der stärkeren Exposition und Disposition der Umgebung eine schwere Gefahr für letztere und muß unbedingt entfernt werden.

Natürlich ist zu fordern, daß er so früh wie möglich weggenommen wird. Diese Maßregel setzt aber eine möglichst frühzeitige Diagnose voraus, eine Forderung, die nur nicht leicht zu erfüllen ist. Es war schon oben berichtet, daß ein Geisteskranker bei scheinbar bestem Wohlbefinden an einer Lungenblutung zugrunde ging und neben anderen tuberkulösen Herden eine sehr große Kaverne zeigte. Unsere Patienten, namentlich verblödete, klagen meist gar nicht, weisen äußerlich oft kein Zeichen einer körperlichen Erkrankung auf und lehnen eine Untersuchung entweder ab oder machen sie durch ihr Benehmen illusorisch. Trotzdem wird man durch große Geduld, Abpassen günstiger Gelegen-

heit und öfters wiederholte Untersuchungen bei dem einen oder andern Kranken doch zu einem Resultat zu kommen versuchen. Solche zeitraubenden Bemühungen kann man selbstverständlich nicht planlos anstellen, man muß sich die verdächtigen Pfleglinge heraussuchen. Zu dem Zwecke wird man alle Kranken regelmäßig mindestens einmal im Monat wiegen lassen und die Resultate kontrollieren. Natürlich wird jedes auf eine chronische Lungen- und Kehlkopferkrankung etc. etc. hinweisende Symptom volle Würdigung finden müssen. Das Pflegepersonal ist, womöglich schon in den Vorbereitungskursen, genügend zu belehren, damit es auch nach dieser Richtung hin die Kranken beobachten lernt.

Kurz, der betreffende Arzt wird auf jede ihm geeignet erscheinende Art und Weise, wozu auch prinzipielle Kehlkopfuntersuchung schon bei der Aufnahme gehört, zu einer Diagnose zu gelangen suchen. Es dürfte sich ferner empfehlen, in die ärztlichen Zuführungszeugnisse direkt eine Frage nach dem Bestehen einer Tuberkulose, einer erblichen, wie Familienanlage dazu aufzunehmen. Nach *Oswald* spielt bei den tuberkulösen Geisteskranken die Erbllichkeit keine besondere Rolle. Es ist verständlich, daß sie hinter der durch die Geisteskrankheit geschaffenen Disposition zurücktritt. Aber es wäre doch wichtig, auch diejenigen als „verdächtig“ zu kennen, die, wie auch Geistesgesunde, lediglich auf Grund ihrer Erbllichkeit zu Tuberkulose neigen.

Ist nun auf diese oder jene Weise das Vorhandensein der Tuberkulose festgestellt, so ist der Kranke unbedingt aus dem Kreise der andern zu entfernen. Seine bisherigen Schlaf- und Wohnräume sind zu desinfizieren. Ich möchte diese Absonderung auf alle Tuberkulöse ausgedehnt wissen, auch auf solche, die vernünftig genug sind, die aufgegebenen Vorsichtsmaßregeln zu befolgen. Denn abgesehen davon, daß das immer nur ganz vereinzelte betreffen wird, wird es ihnen auch beim besten Willen nicht möglich sein, jeden Infektionsweg für andere auszuschließen.

Nun erhebt sich aber die Frage, wohin mit solchen Kranken? Für große Anstalten kann man besondere Pavillons bzw. Abteilungen zur ausschließlichen Unterbringung Tuberkulöser einrichten. Bei kleineren geht das nicht an. Hier bietet in der Tat die zweckentsprechende Verpflegung solcher Kranken rechte Schwier-

rigkeiten, die um so mehr ins Gewicht fallen, als es sich in der Regel um eine dauernde Einrichtung in der betreffenden Anstalt handelt. Man kann die Tuberkulösen, da ihre Zahl hier für eine besondere Abteilung zu klein ist, nicht zu weit von den anderen Kranken entfernen, da sie doch ebenfalls Aufsicht brauchen. Wie will man nun, da die meisten sich höchst unzweckmäßig verhalten, dauernd eine wirksame Fernhaltung jeder Infektionsgefahr von den übrigen durchsetzen? Man wird es natürlich versuchen, aber abgesehen von dem Eindruck, den die strenge Isolierung auf die von ihr betroffenen Patienten macht, ist hierbei ein besonders zuverlässiges und verständiges Personal nötig, da selbiges auch mit auf den angrenzenden Abteilungen Verwendung finden muß. Durch die unbedingt notwendigen Vorschriften bürdet man zudem den Pflegepersonen eine unverhältnismäßig große Arbeit auf.

Meistens kommen ja verblödete Kranke in Betracht; wenn es nun aber solche sind, die eine besondere psychiatrische Behandlung brauchen? Wenn der Kranke zu Selbstmord neigt, oder wenn es sich um einen tobsüchtigen Tuberkulösen handelt? Auf die Wachabteilung kann man den Schwindsüchtigen nicht legen; hier befinden sich vorzugsweise Kranke, die Aussicht auf Heilung bieten und ganz besondere Rücksicht erheischen, um ev. als vollkommen leistungsfähige Menschen ins Leben zurückkehren zu können. Auf den Abteilungen der Unruhigen ist das Pflegepersonal schon an und für sich stark in Anspruch genommen. Was bedeutet das für eine Mehrbelastung für die Pfleger, wenn sie noch die betreffenden Vorschriften befolgen müssen, die bei einem erregten Tuberkulösen, der natürlich auch sorgfältig abgesondert werden muß, selbstverständlich noch zeitraubender sind, als bei einem ruhigen!

Viel leichter, einfacher und wirksamer wird die Pflege und Behandlung Tuberkulöser, wenn sie für sich allein, in einer besonderen Abteilung untergebracht sind. Hier können ad hoc Einrichtungen getroffen werden, die dem Personal die Arbeiten sehr erleichtern, die sonst immer zu wiederholenden zeitraubenden Vorsichtsmaßregeln brauchen nicht so oft ausgeführt zu werden, denn ein Verkehr mit anderen Kranken findet nicht statt.

Besonders Überwachungsbedürftige können mit den sonst Bett-

längerigen zusammengelegt werden, und bei einer größeren Zahl Kranker wird sich, wenn nötig, ohne Schwierigkeit eine ständige Wache einrichten lassen. Auch die Behandlung aufgeregter Kranker wird in diesem Zusammenhange weniger mühevoll sein. Daß Heilbestrebungen dort, wo man ängstlich den Kranken isoliert, um eine Infektionsübertragung zu verhüten, überall auf Hindernisse stoßen, ist außerdem ersichtlich.

Das Interesse der nicht tuberkulösen wie der schwindstüchtigen Geisteskranken weist also auf die Errichtung besonderer Abteilungen für letztere hin. Große Anstalten, besonders Pflegeanstalten, werden diese Forderung unschwer erfüllen können. Was sollen aber kleine Anstalten mit etwa einem oder zwei Tuberkulösen anfangen? Man hat von Errichtung besonderer Anstalten für tuberkulöse Geisteskranke gesprochen. Ich will auf die Bedenken gegen solche Anstalten nicht eingehen, sondern nur das eine geltend machen: die Errichtung der gedachten Anstalten ist nur in sehr großen Verbänden mit zahlreichen Tuberkulösen denkbar, kleine derartige Anstalten würden einen ganz unverhältnismäßigen Kostenaufwand verursachen. Dagegen ist der Gedanke einer Zentralisierung der Tuberkulösen nicht nur empfehlenswert, sondern seine Verwirklichung erscheint mir auch als das erstrebenswerte, ja notwendige Ziel für kleine Anstalten mit wenigen Tuberkulösen. Wie man im einzelnen Falle vorgeht, hängt von den besonderen Verhältnissen ab. Wo es möglich ist, werden die Kranken in den Tuberkulose-Abteilungen der großen Anstalten untergebracht; wo dies aus irgend einem Grunde nicht angängig ist, muß, je nach der durchschnittlichen Zahl Tuberkulöser für zwei, drei oder mehr Anstalten an einer von diesen Anstalten eine Abteilung zur Aufnahme der beregten Patienten eingerichtet werden. Die Zuweisung der Betreffenden hat möglichst früh zu erfolgen. Schon bei dem Aufnahmegesuch hat der begutachtende Arzt sich über festgestellte Tuberkulose zu äußern. Besteht diese Krankheit, so kommt der Patient gleich in die Zentralabteilung, die übrigen werden dorthin versetzt, so bald bei ihnen eine tuberkulöse Erkrankung sicher erkannt ist.

Für die übrigen Kranken bedeutet das sicher einen Gewinn. Aber die Tuberkulösen selbst würden sich in einer eigens für sie

eingerrichteten Abteilung wohler fühlen, da ihnen hier ein ganz anderes Maß von Freiheit gewährt werden kann, als dort, wo sie mehr oder weniger peinlich von andern abgeschlossen werden.

Meines Erachtens würde die Zentralisierung im obigen Sinne das beste Mittel sein, das wir zur Bekämpfung der Tuberkulose in Irrenanstalten ohne eigene Spezialabteilungen haben. Siewürde wirksam sein und wahrscheinlich auch nicht, wenigstens nicht wesentlich teurer kommen, als wenn in verschiedenen Anstalten einzelne Tuberkulöse in wirklich sachgemäßer Weise verpflegt werden. Für die Familienpflege Geisteskranker muß natürlich die Regel gelten, daß Häuser, in denen Tuberkulose ist, zur Aufnahme Geisteskranker nicht geeignet sind.

Überhaupt verdient bei der ganzen Tuberkulosefrage das Pflegepersonal volle Berücksichtigung. Es ist selbstverständlich, daß von den betreffenden Spezial-Abteilungen alle Pflegepersonen, die irgendwie zur Tuberkulose disponiert sind, ferngehalten werden. Die Bedenken ferner, die gegen die Anstellung nervös oder psychisch nicht ganz intakter Pfleger überhaupt erhoben werden, gelten auch für die zu Tuberkulose neigenden. Auch erheischt die weitere Verwendung tuberkulöser Pflegepersonen zur Wartung Geisteskranker große Vorsicht.

Die Ärzte der Irrenanstalten haben nach wie vor der Tuberkulose ihre ganze Aufmerksamkeit zu widmen. Es ist notwendig, fortgesetzt das Vorkommen der Tuberkulose zu verfolgen, das betreffende Material besonders zu sammeln und von Zeit zu Zeit, etwa alle 5—10 Jahre, zusammenfassend zu verarbeiten. Dadurch wird es auch möglich werden, ein etwaiges, wenn ich so sagen darf, Infektionsnest festzustellen und nach Kräften zu beseitigen.

Die Tuberkulose wird freilich wohl immer in allen Irrenanstalten einheimisch bleiben, aber ich glaube, wir können doch auch hier segensreich wirken, wenn wir das, was wir zu ihrer Bekämpfung als geeignet erkannt haben, zur Ausführung bringen.

Über einige seltene Zustandsbilder bei progressiver Paralyse.¹⁾

**Apraxie, transkortikale sensorische Aphasie, subkortikale
sensorische Aphasie, sensorisch-motorische Asymbolie.**

Von

Dr. med. **Karl Abraham**, Assistenzarzt.

Der anatomische Prozeß, welcher der Dementia paralytica zugrunde liegt, ist im allgemeinen durch seine diffuse Ausbreitung charakterisiert, ohne darum die verschiedenen Gehirnpartien gleichmäßig zu treffen. Sind in einem mehr oder weniger umgrenzten Gebiet die Veränderungen besonders tiefgreifend, so ist ein mehr oder weniger umschriebener Funktionsausfall die Folge. Es entstehen dann sogen. „Herdsymptome“, und das klinische Bild kann eine im strengen Sinne lokale Hirnerkrankung vortäuschen.

Die Fälle dieser Art sind sehr vielgestaltig und keineswegs selten, finden aber vielfach nicht die Beachtung, welche sie verdienen. Die gleichen Symptome, welche man bei den reinen Herderkrankungen mit größter Sorgfalt beobachtet und registriert, begegnen, wenn sie auf der Basis des paralytischen Prozesses entstehen, einem sehr geringen Interesse. Dies erklärt sich leicht aus verschiedenen Gründen. Herderscheinungen, welche nach paralytischen Anfällen zurückgeblieben sind, verschwinden oft schon wieder, wenn der Kranke sich gerade so weit erholt hat, daß er einer Untersuchung zugänglich ist. In anderen Fällen ist die Demenz bereits so weit vorgeschritten, daß eine Analyse des Krankheitsbildes auf die größten Schwierigkeiten stößt. Endlich hat man bei der klinischen Untersuchung schon die anatomische

¹⁾ Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

Ausbeute im Auge, und diese ist ja bei den Fällen paralytischen Ursprungs meist unergiebig.

Die oft recht mühevollen Arbeit, Kranke dieser Art zu untersuchen, ist tatsächlich keineswegs so unfruchtbar, wie es zuerst den Anschein hat. Von dem Reiz, der in einer solchen Analyse selbst liegt, gerade weil Hindernisse zu überwinden sind, sehe ich natürlich ab. Gewisse bei Gehirnkrankheiten vorkommende Zustandsbilder sind aber so selten, daß jeder klinische Beitrag, der sie uns näher kennen lehrt, nützlich erscheinen muß; ob nun die Autopsie später einmal den Drang nach Erweiterung unserer lokalisatorischen Kenntnisse befriedigen wird oder nicht, kommt dabei nicht in Betracht. Übrigens gilt das Gesagte in vollem Umfange auch für mit Herderscheinungen einhergehende Fälle von seniler Demenz. Auch hier geht sicher viel wertvolles Beobachtungsmaterial unbenutzt zugrunde.

Die erste der vier Krankengeschichten,¹⁾ welche ich mitzuteilen beabsichtige, betrifft einen Paralytiker, der vorübergehend das Zustandsbild der (motorischen) Apraxie darbot. Seit dem Erscheinen der grundlegenden Abhandlung²⁾ ist eine zweite Mitteilung³⁾ von *Liepmann* über diesen Gegenstand erschienen. Sonst ist nur eine Arbeit von *Strohmayer*⁴⁾ zu nennen. *Picks*⁵⁾ Veröffentlichung beruht ja leider nicht auf klinischer Beobachtung, sondern nur auf der Katamnese des Kranken selbst und betrifft einen nicht organischen Fall. Die Literatur ist also noch keineswegs reich an einwandfreien Fällen. Apraxie als Symptom der *Dementia paralytica* ist zudem überhaupt noch nicht beschrieben. Im Anschluß an diesen Fall teile ich drei andere mit, einmal wiederum, weil die betreffenden Zustandsbilder ebenfalls selten sind, sodann, weil sie den ersten Fall in interessanter Weise ergänzen.

1) Für die Erlaubnis zur Veröffentlichung derselben möchte ich an dieser Stelle den Herren Geheimrat Dr. *Sander* und Oberarzt Dr. *Werner* meinen Dank aussprechen.

2) *Liepmann*, Das Krankheitsbild der Apraxie. Mon. f. Psych. u. Neurol. 1900.

3) Referat Neurol. Cbl. 1902, S. 614.

4) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1903.

5) Neurol. Centralbl. 1902, S. 994.

I. Vorübergehende Apraxie im Anschluß an einen apoplektiformen paralytischen Anfall.

Aufnahme am 15. Januar 1903. 34-jähriger Schuhmacher, ledig. Am 8. Januar 1903 bewußtlos auf der Straße gefunden, in die Charité gebracht, am 15. Januar als unheilbar geisteskrank nach Dalldorf überführt.

Eltern des Kranken geben an: Keine hereditäre Belastung. Patient war früher stets gesund. Im letzten, an die Eltern gerichteten Briefe war die Handschrift verschlechtert.

16. Januar. Unruhig, schwachsinnig. Örtlich mangelhaft, zeitlich gut orientiert. Zur Anamnese: Will kein Trauma erlitten, nicht getrunken haben. Syphilitische Infektion bestritten.

21. Januar. Sprache artikulatorisch gestört. Schrift: macht mehrfach einen m-Strich zu viel. Einfache Rechenaufgaben löst er nur zum Teil richtig. Stumpf-dementes Wesen.

Beklopfen des Kopfes nicht schmerzhaft. Pupille r. > l., Licht- und Konvergenzreaktion erhalten. Keine Augenmuskelstörungen. Facialis frei. Zunge weicht etwas nach rechts ab. Patellar- und Achillessehnenreflexe schwach. Diffuse Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten. Keine Ataxie.

15. Februar. In der Schuhmacherei beschäftigt.

14. Oktober. Hat bisher in der Schuhmacherei gearbeitet, hat die Werkzeuge immer richtig benutzt, nie gröbere Fehler gemacht.

Heute ein apoplektiformer Anfall. Wird bewußtlos in den Wachsaal getragen. Kommt bald zu sich. Monoparese des rechten Unterarms und der Hand. Schluckvermögen gut. Spricht nicht. Befolgt Aufforderungen nicht. Leichtes Fieber.

15. Oktober. Kongestioniertes Gesicht. Ruhiges Verhalten. Pupille r. > l. Lichtreaktion fehlt. Die gestern deutliche Parese des rechten Vorderarms ist kaum noch zu konstatieren. Schmatzt fortwährend mit dem Munde. Keine Hemianopie. Nachsprechen nicht gestört. Zeigt und benennt Gegenstände richtig. Sprachverständnis erhalten. Sprache nur artikulatorisch gestört.

Motorisches Verhalten.

Mündliche Aufforderungen († bedeutet: richtig ausgeführt).

Stehen Sie auf!	†	
Gehen Sie ans Fenster!	†	
Setzen Sie sich!	†	
Mund öffnen	†	
Augen schließen	†	
Augen öffnen	†	
Nicken	†	
Kopfschütteln	†	
Zunge zeigen	†	
Hände hochheben	}	Versagt entweder, oder macht ganz
Hände falten		zweckwidrige verdrehte Bewegungen.
Drohen		Rechts und links nicht verschieden.

Faust machen	Öffnet den Mund.
Wo ist Ihre Hand?	Gibt sie.
Nun machen Sie eine Faust!	Patient beugt die Finger, eine Faust kann er nicht machen.
Legen Sie die rechte Hand an die Stirn.	Öffnet den Mund.
Streichholz anzünden	Öffnet nach ungeschickten Versuchen die Schachtel, wobei alle Hölzer herausfallen. Nimmt ein Zündholz, reibt es aber an der verkehrten Fläche der Schachtel. Auf Aufforderung bläst er ein angezündetes, ihm vorgehaltenes Streichholz richtig aus.
Hut aufsetzen	†
Messer öffnen	†
Schloß aufschließen	Setzt den Schlüssel neben das Schlüsselloch und dreht ratlos herum.

Nachmachen vorgemachter Bewegungen.

Hände erheben	†
Hände falten	Fuchelt mit den Händen herum; erst nach vielen Versuchen, die durch Pausen unterbrochen sind, gelingt es. Kann es gleich darauf nicht wiederholen.
Hände zusammenlegen	† (vergl. unten.)
Drohen	Mit der rechten Hand nach vergeblichen Versuchen schließlich eine einigermaßen ähnliche Bewegung. Links ganz verkehrte Reaktion. (Fingerspreizen u. dergl.)
Hand auf die Brust legen	Patient legt sie auf die Stirn.
Arme kreuzen	†
Hände zusammenlegen	Macht ganz verkehrte Bewegungen, während er es kurz vorher richtig gemacht hatte.
Fläche der einen auf Rücken der andern Hand legen	Gelingt nicht.

Bei allen Versuchen ist häufiges Zureden nötig. Außerdem sind häufige Pausen erforderlich, einmal, weil Patient an den Bewegungen haften bleibt, sodann, weil er leicht ermüdet. Nach den obigen Versuchen reagiert er gar nicht mehr, so daß die Untersuchung auf etwaige Apraxie der unteren Extremitäten nicht mehr vorgenommen werden kann. Ebenso kann die Schrift

nicht mehr geprüft werden. Spontane Bewegungen werden vielfach unzweckmäßig ausgeführt. Doch tritt dabei keine Ataxie hervor.

16. Oktober. Die Störung geht bereits zurück, Nachahmen von Bewegungen gelingt fast durchweg.

Mündliche Aufforderungen.

Faust machen	Rechts und links †.
Drohen	Rechts ungeschickt, aber im groben richtig, links sehr unvollkommen ausgeführt.
Hände falten	Gerät in falsche Bewegungen, nach mehreren Fehlreaktionen †.
Hände klatschen	†
Rechte Hand an die Nase führen	Faßt an die Stirn.
Schnurrbart streichen mit der linken Hand	Tut es lachend, wiederholt die Bewegung unzählige Male.
Rechte Hand an den Mund legen	†
Linke Hand an den Mund legen	Führt es richtig aus; fährt aber mit der Hand weiter an die Stirn und ins Haar. Wiederholt das Ganze dann noch einmal.
Streichholz anzünden	†
Feder eintauchen	†
Flasche entkorken	†

Schrift: Läßt einzelne Striche aus, so daß die Buchstaben teilweise miteinander verschmelzen. In dem Worte „Berlin“ schreibt er statt des r ein n. Ziffern richtig geschrieben. (Spontanes Schreiben, Diktatschreiben und Kopieren nicht verschieden.) Nachzeichnen einfacher Figuren ungeschickt, im groben aber richtig.

Beinbewegungen werden sowohl auf mündliche Aufforderung richtig ausgeführt als auch richtig nachgeahmt.

Identifizieren von Gegenständen durch Betasten †. Lesen †. Leseverständnis für einfache Aufforderungen (aufstehen und dergl.) erhalten.

Sprache: Paralytische Dysarthrie. Wortfindung etwas erschwert.

Psychisch: Patient ist euphorisch, lacht viel.

Pupillen: Reaktion auf Licht sehr gering. Leichte Differenz der Nasolabialfalten zugunsten der rechten Seite.

17. Oktober. Status idem.

20. Oktober. In der Ausführung von Bewegungen keine Störung mehr bemerkbar.

Patient ist stumpf, wenig teilnehmend.

Der Kranke war vorübergehend nicht fähig, Bewegungen zweckmäßig auszuführen. Ein derartiger Zustand läßt an sich verschiedene Erklärungen zu.

Zunächst kann eine Störung des optischen Erkennens den Kranken außerstand setzen, die Gegenstände der Umgebung richtig zu gebrauchen. Unser Kranker zeigte jedoch alle Gegenstände richtig, benannte sie auch richtig. Sollte er mit einem Instrument (Schlüssel etc.) operieren, so fand er es stets; eine Störung machte sich erst bemerkbar, wenn die Operation begann. Seelenblindheit lag also nicht vor.

Weiter ließe sich das Verhalten des Kranken aus einem Mangel des Sprachverständnisses erklären. Diese Auffassung ist jedoch nicht zulässig, weil Patient auf Fragen korrekt antwortete, Gegenstände, deren Namen ihm genannt wurden, richtig zeigte und Aufforderungen richtig ausführte, wenn dazu nur die Gesichtsmuskulatur oder aber der ganze Körper in Aktion treten mußte.

Daß auch eine Tastlähmung nicht vorlag, wurde durch Versuche festgestellt.

Die Koordination der Bewegungen war nicht gestört; bei den verschiedenen verkehrten Bewegungen, die Patient anstatt der ihm aufgetragenen machte, trat keine Ataxie hervor. Eine Koordinationsstörung würde übrigens den Zustand nicht erklären.

Der Kranke erhielt auf allen Sinnesgebieten richtige Eindrücke, der rezeptive Apparat arbeitete ohne Fehler. Die Störung, welche den Patienten an der zweckmäßigen Ausführung von Bewegungen hindert, muß also im motorischen Apparat selbst gesucht werden. Eine fehlerhafte Koordination der Bewegungen kann, wie wir sehen, zur Erklärung des Zustandes nicht herangezogen werden. Das Zustandsbild kann also nur als motorische Apraxie aufgefaßt werden, welche sich in unserem Falle in voller Reinheit darbot. Dem letzteren Umstand ist es zu verdanken, daß das Wesen der Störung, die von so kurzer Dauer war, erkannt werden konnte.

Im Gegensatz zu dem *Liepmannschen* Fall handelte es sich nicht um einseitige, sondern um doppelseitige Apraxie. Daß beide oberen Extremitäten befallen waren, konnte sicher konstatiert werden. Ob auch die unteren Extremitäten an der Störung teilgenommen haben, bleibt fraglich. Am ersten Tage mußte ich, bevor ich zu diesem Akt der Untersuchung kam, unterbrechen, da der Kranke zu ermüdet war. Am andern Tage ließ sich nichts mehr auffinden, was dafür sprach, daß auch die Beine vorüber-

gehend betroffen gewesen wären. Erwähnung verdient die Tatsache, daß, obwohl nur die rechte Hand paretisch gewesen war, dennoch beide Hände apraktisch waren.

Übereinstimmung herrscht zwischen *Liepmanns* und meinem Kranken insofern, als sie Bewegungen des ganzen Körpers und mimische Bewegungen beide richtig ausführten.

II. Vorübergehende transkortikale sensorische Aphasie nach einem apoplektiformen Anfall.

Aufnahme am 10. Dezember 1903. 38jähriger Buchhalter, verheiratet, kommt von der Kgl. Charité. Nach Angaben der Ehefrau hat Patient vor kurzem dreimal einen Anfall gehabt; er wurde schwindelig, einmal bewußtlos, die Sprache war für kurze Zeit „sehr undeutlich“.

Ist sehr euphorisch, erzählt lebhaft, äußert Größenideen in Menge. Über Vorgänge der letzten Monate macht er ganz verworrene Angaben. Starke Gedächtnisschwäche. Ersetzt Defekte durch Fabulieren. Nachts Gesichtstäuschungen. Sprache: bei Paradigmen tritt deutliche artikulatorische Störung hervor.

Körperlicher Befund: Rechte Pupille weiter als linke. Lichtreaktion beiderseits sehr gering, Konvergenzreaktion erhalten. Links Facialisparesie. Zunge weicht nach links ab. Hände zittern. Sehnenreflexe sehr lebhaft, rechts stärker als links. — Sehschärfe gut; Gehör desgleichen.

5. Januar 1904. Psychisch unverändert.

27. Januar 1904. In letzter Zeit manchmal unruhig.

28. Januar 1904. Nach Bericht des Pflegers stand heute früh der Mund des Patienten schief. Er sprach „ganz verwirrt“.

Befund: Deutliche Schwäche im Gebiet des linken Mund-Facialis. Die linke Arteria temporalis pulsiert sichtbar, ist stark geschwollen. Die rechte nicht sichtbar. Beim Sprechen fortwährend kleine Zuckungen in der Stirnmuskulatur. Patient ist bei Bewußtsein und sehr aufmerksam.

Zeigen Sie die Zunge!

Patient sagt: „Ich bin ganz vernünftig“. Redet dann in sinnlosen paraphasischen Wortbildungen weiter.

Befolgt keine mündliche Aufforderung.

Gehör zweifellos vorhanden. Patient achtet auf Geräusche. Spricht nach (s. u.).

Auf mimische Andeutung Aufforderungen sofort befolgt.

Geschriebene Aufforderungen versucht Patient vorzulesen. Meist buchstabiert er, liest aber nur einen kleinen Teil der Buchstaben richtig. Den geschriebenen Auftrag „Machen Sie eine Faust!“ liest Patient vor: „n a n e e i e i n n f a i n“. Bei einem späteren Versuch liest er aus jedem Wort gar nur einen Laut vor. Statt „Machen Sie eine Faust!“ liest er „n i e i a u.“

Eine andere Aufforderung liest er ganz paralektisch vor. Ziffern liest er richtig.

Nachsprechen, wenn sehr laut vorgesprochen wird, gut. (Ein mäßiger Grad kortikaler Schwerhörigkeit besteht sicher.) Manchmal haftet Patient an den Silben nu, nau, lau. Bringt paraphasische Bildungen eigentlich nur vor, wenn er einen ganzen Satz nachsprechen soll.

Beispiele:

sehr laut vorgesprochen: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Wilhelm} \\ \text{Augusta} \\ \text{Hermann} \end{array} \right\}$ richtig nachgesprochen.

mäßig laut vorgesprochen: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Gottlieb} \\ \text{Gottlieb} \\ \text{Telephon} \\ \text{Tintenfaß} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{„elpo“} \\ \text{„gottlau“} \\ \text{„Telenu“} \\ \text{„Tippenau“} \end{array}$

sehr laut: Zeigen Sie mal die Zunge! Patient: Zeigen Sie mich die Sonne!

Bei der Aufforderung: „Geben Sie mir die Hand!“ sagt Patient selbst: „Das habe ich nicht verstanden, bitte noch mal.“ Weitere spontane Äußerungen sind wieder völlig paraphasisch.

Schreiben: Statt zu kopieren schreibt er nur „und“ neben die Vorschrift; „und“ kehrt, als er zweifellos begriffen hat, daß er schreiben soll, immer wieder, oder statt dessen „kund“ oder „Fund“.

Benennen von Gegenständen: Nennt jeden Gegenstand „e n d“, auch z. B. einen Hut, nachdem ihm „Hut“ dreimal in die Ohren geschrien ist. Nachher benennt er alles mit paraphasischen sinnlosen Neubildungen.

Erkennen von Gegenständen (optisch) in geringem Umfange gestört. Eine ihm gereichte Kerze beriecht er. Es werden ihm eine Streichholzschachtel und eine Kerze gezeigt. Es ist ihm nicht beizubringen, daß er anzünden soll. Sagt immer: „Das ist e n d.“ Zeigt auf die Kerze und sagt „Das ist ein n“, zeigt ein ihm gegebenes Streichholz und sagt: „Das ist ein d“, nimmt die Schachtel und sagt: „Das sind die andern.“ In der weiteren Prüfung kommt eine verkehrte Vornahme mit einem Gegenstande nicht wieder vor. Patient zeigt manchmal Einzelheiten an dem Gegenstande, nimmt aber nichts mit ihm vor.

Kamm.

„Ein n, da fehlt was“ (in dem Kamm fehlten einige Zinken.)

Trompete.

Nimmt sie nach vielen Andeutungen durch Gesten, fragt: „Was soll ich damit?“ Bläst dann darauf.

Harmonika.

(Derselbe Vorgang.)

Im allgemeinen erkennt er die Gegenstände sicher. Geht z. B. durch das Zimmer an den Spucknapf, um auszuspeien. Bläst eine angezündete Kerze aus. Trocknet die naßgemachte Hand an dem Handtuch richtig ab, usw. — Keine Hemianopie. Macht niemals eine un Zweckmäßige Bewegung. Ahmt Handbewegungen und Gesichtsbewegungen prompt und richtig nach.

30. Januar 1904. Das Gehör ist heute ohne Störung. Patient befolgt mündliche Aufforderungen prompt. Gegenstände benennt er richtig; dabei nur noch eine leichte Andeutung von Paraphasie, z. B. nennt er ein Notizbuch zuerst „tiz“, kommt dann von selbst auf die richtige Bezeichnung. Kein Haftenbleiben.

Nachsprechen ohne Störung.

Lesen und Schreiben desgleichen.

Auch dieser Fall bietet relativ einfache Verhältnisse. Nach einem leichten apoplektiformen Anfall war der Kranke zwei Tage lang unfähig, an ihn gerichtete Anreden zu verstehen. Auch schriftlich konnte man sich nicht mit ihm verständigen, da zugleich eine schwere Störung des Lesens und des Leseverständnisses vorhanden war. Der Kranke war außerstande, sich auszudrücken; er sprach spontan im hohen Grade paraphasisch und wurde am Schreiben durch dauerndes Haftenbleiben an einem bestimmten Wort verhindert. Nachsprechen gelang im ganzen, nur mußte man sehr laut vorsprechen, um die störende Einwirkung einer mäßigen zentralen Schwerhörigkeit auszuschalten. Die motorischen Reaktionen des Kranken waren durchaus normal.

Wir haben also diejenige Form der sensorischen Aphasie vor uns, welche *Wernicke* als „transkortikale“ bezeichnet hat. Das Wortsinnverständnis ist dem Kr. verloren gegangen, das Wortlautverständnis aber erhalten. Nebenher bestand noch eine Störung des Lesens und Schreibens, welche in diesen Rahmen nicht hineingehört. Außerdem scheint das optische Erkennen in leichtem Grade alteriert gewesen zu sein. Da aber unter vielen richtigen nur eine einzige verkehrte Reaktion auf diesem Gebiete vorkam, so wird die Reinheit des Zustandsbildes dadurch nicht in nennenswertem Grade getrübt.

An dieser Stelle möchte ich kurz auf ein Symptom eingehen, welches ich außer bei diesem Kranken schon bei einem andern Paralytiker mit aphasischen Erscheinungen beobachtet habe: das bei Schreibversuchen so störende Haftenbleiben an einem einzigen Wort oder einer Buchstabengruppe. Das gewöhnliche „Haftenbleiben“ an Worten, Bewegungen usw. läßt sich immer durch Pausen wenigstens zeitweise eliminieren; nach der Pause gelingt dem Kranken irgend eine neue Reaktion, an der er freilich dann eventuell wieder haften bleibt. Anders in dem oben be-

schriebenen und dem ändern von mir erwähnten Fall. Der letztere Kranke hatte die mündliche Aufforderung, die Zunge zu zeigen, befolgt. Nach einer kurzen Pause aufgefordert, etwas Beliebiges zu schreiben, schrieb er „Zunge“. Bei allen Versuchen, andere Vorschriften zu kopieren oder Diktat zu schreiben, produzierte er immer wieder „Zunge“. Als ihm nach einer Pause die Ziffer 3 vorgeschrieben wurde, hängte er an diese die Buchstabengruppe „unge“ an; er hatte die 3 für ein Z gehalten. In der ganzen Sitzung war die einzige Reaktion „Zunge“, ob er nun nachsprechen, nachschreiben oder sonst etwas tun sollte. Er sprach oder schrieb dies eine Wort mit komischer Hartnäckigkeit immer wieder. — Auf diese Form des Haftenbleibens ist meines Wissens bisher noch nicht hingewiesen worden.

III. Subkortikale sensorische Aphasie nach paralytischen Anfällen.

Aufnahme am 26. Februar 1903. 46jähriger Bureaudiener, verheiratet. Im Januar wegen „Gedächtnisschwäche“ zum ersten Male in die Kgl. Charité gebracht; nach 14 Tagen ungeheilt entlassen. Nach kurzer Zeit wegen Krampfanfällen wieder aufgenommen, an obigem Datum als unheilbar geisteskrank (Dem. paralytica) nach Dalldorf überführt.

Angaben der Ehefrau: Keine hereditäre Belastung. 18 Jahre verheiratet. 2 Kinder leben, 1 davon nervenkrank. 2 Kinder früh gestorben. Aborte nicht vorgekommen. Patient lebte in den letzten Jahren nicht mit ihr zusammen, so daß sie über den Ausbruch der Krankheit nichts näheres weiß.

26. Februar 1903. Stimmung heiter. Schweift bei den Antworten ab, macht Scherze, renommiert. Gedächtnis für die letzten Jahre lückenhaft; Patient entschuldigt dies mit schwachsinnigen Ausreden. Hat „als junger Mann“ Syphilis gehabt; wurde mit Spritzkur behandelt. Früher nicht an Krämpfen gelitten. Kein Trauma capitis. Potus mäßig.

Findet die Worte schwer, ist jedoch nicht aphasisch. Sprache überstürzt, verdoppelt Silben, verspricht sich.

1. März 1903. Körperlicher Befund: Schläfenarterien geschlängelt. Pupillen gleich, eng, Lichtreaktion fehlt. Konvergenzreaktion vorhanden. Facialis rechts leicht paretisch. Zunge unruhig. Motilität normal. Hände zittern. Patellarreflexe schwach. Achillesreflexe vorhanden. Hautreflexe desgleichen. Innere Organe gesund. Keine Ataxie. Romberg negativ.

6. März 1903. Sehr unruhig.

26. März 1903. Ruhiger, außer Bett. Erzählt immer wieder dieselben Geschichten.

15. April 1903. Ist mangelhaft orientiert. Im Hause verirrt sich Patient, findet auch sein Bett nicht.



12. Juni 1903. War in letzter Zeit oft unruhig. Labile Stimmung. Machte einmal mit einer Mullbinde einen Erdrosselungsversuch. Äußert auch Vergiftungswahn. Sprache jetzt gut artikuliert.

29. Juli 1903. Zwei Krampfanfälle. Bewußtsein kehrt rasch wieder. Keine Lähmungen.

10. November 1903. Im Laufe des Tages 22 Krampfanfälle. Bewußtlos.

12. November 1903. Noch bewußtlos.

13. November 1903. Noch nicht bei Bewußtsein, aber sehr unruhig.

20. November 1903. Pat. ist ganz allmählich klarer geworden. Doch reagiert er selbst auf lautes Anrufen nicht, wenn man hinter ihm steht. Verhält sich wie ein Tauber. Sieht er, daß man zu ihm spricht, so antwortet er mit Redewendungen, die auf die Anrede gar nicht passen. Dabei läuft Paraphasisches unter. — Anreden an Pat. im folgenden stets sehr laut. Arzt und Pat. sitzen einander gegenüber.

Wie geht es Ihnen?

„Ja, ja.“

Kennen Sie mich?

Pat. beugt sich zum Arzt heran, sagt:

„Na ja, ich habe noch nicht verstanden.“

(Dieselbe Frage.)

„Na jut, — ich weiß nicht, was ich mache.“

Zeigen Sie die Zunge!

(nickt) „Ja, ja.“ (Führt es nicht aus).

Geben Sie mir die Hand!

(Beugt sich wie ein Schwerhöriger zum Arzt heran. Als ihm die Aufforderung ins linke und rechte Ohr geschrien ist, lehnt er sich wieder zurück, ohne die Aufforderung auszuführen.)

Machen Sie den Mund auf!

(Tut es nicht, nickt, brummt dabei etwas.)

Spontan:

„Wenn sie so gemacht haben
werd' ich wohl machen alles
extra nehmen.“

Auf Pfeifen und Händeklatschen keine Reaktion.

Schriftliche Aufforderungen (sehr groß geschrieben):

Geben Sie die Hand!

Stehen Sie auf!

Fassen Sie ans Ohr!

werden nicht ausgeführt. Pat. nickt nur lebhaft.

Ein ihm gegebenes Portemonnaie öffnet er richtig. Ein Schloß öffnet und schließt er richtig. Ein Mundharmonika gebraucht er verkehrt: reibt sich damit die linke Hand, steckt sie dann in den Ärmel. (Kurz darauf nochmals verkehrt gebraucht.) Streichholanzünden gelingt. Eine Trompete benutzt er erst wie ein Mundharmonika, dann richtig.

Nochmaliger Versuch mit geschriebenen Aufforderungen:

Geben Sie mir die Hand!

(Nickt, sagt dann:) „Stimmt“.

Zeigen Sie den Hut!

Fragt: „Haben Sie den?“

Zeigen Sie zur Zimmerdecke!

„Ja, ja“. (Tut es nicht.)

8. Januar 1904. Der Pat., dessen weitere Untersuchung aus äußeren Gründen aufgeschoben werden mußte, zeigt im ganzen noch dasselbe Verhalten.

Pat. ist im ganzen sehr aufmerksam, nur akustische Reize fesseln seine Aufmerksamkeit gar nicht. Durch eine lange Reihe von Versuchen wird festgestellt, daß ein — allerdings sehr herabgesetztes — Hörvermögen zweifellos vorhanden ist. Stellt man sich hinter den Kranken und schreit sehr laut oder läßt sonst ein sehr lautes Geräusch hören, und zwar in rhythmischer Wiederholung, so gibt Pat. jedesmal kurz nach dem Untersucher einen — allerdings ganz unähnlichen — Ton von sich. Jeden neuen Laut, z. B. ein lautes i oder u, gibt Pat. durch einen mißtönenden Laut wieder. Die Laute, mit welchen er i, u, usw. nachahmt, sind unter sich deutlich verschieden.

Mündlichen Aufforderungen gegenüber verhält er sich wie bei der vorigen Untersuchung.

Spontan spricht er ziemlich viel und zwar mit leichten paraphasischen Beimengungen.

Schriftliche Aufforderungen (z. B. Geben Sie die Hand, machen Sie eine Faust) liest er laut vor, allerdings sehr langsam und meist erst beim 3. oder 4. Male richtig. Führt dann die Befehle richtig aus, wobei man ihm nur durch ermunternde Gesten etwas helfen muß.

Schreibt seinen Namen richtig. Kopiert im ganzen korrekt. Einzelne (paragraphische) Fehler.

Alle Bewegungen werden geschickt und zweckmäßig ausgeführt. Gebraucht alle Gegenstände richtig. Gegenstände, welche man ihm zeigt, benennt er sofort und zwar meistens richtig. Doch stört hier Haftenbleiben sehr. Einige verkehrte Reaktionen kommen vor.

23. Januar 1894. Pat. hatte gestern und heute eine Anzahl von Anfällen mit Beteiligung aller Extremitäten. Hernach bewußtlos.

24. Januar 1904. Noch nicht wieder bei Bewußtsein.

25. Januar 1904. Beginnt, klar zu werden.

27. Januar 1904. Ist bei Bewußtsein. Bietet dieselben Störungen dar wie vor den Anfällen.

Die Untersuchung dieses Kranken und die Analyse des Komplexes von Ausfallserscheinungen bot große Schwierigkeiten und erforderte mühsame Untersuchungen, für welche die Methoden erst erdacht werden mußten. Es konnte schließlich mit Sicherheit festgestellt werden und ist seitdem häufig festgestellt worden, daß bei dem Kranken ein geringes Hörvermögen erhalten ist. Während es zuerst den Anschein hatte, als läge eine totale Taubheit vor, handelt es sich tatsächlich um eine hochgradige, zentral bedingte Schwerhörigkeit. Der Kranke ist schwer seelentaub und

gänzlich sprachtaub. Er vermag — im Gegensatz zu dem vorher beschriebenen Patienten — nicht nachzusprechen. Die spontane Sprache ist leicht paraphasisch, jedenfalls in viel geringerem Grade, als es bei kortikalen Aphasien der Fall zu sein pflegt. Lautlesen ist zwar erschwert, gelingt aber im allgemeinen. Für kurze Sätze ist das Leseverständnis erhalten. (Bei der ersten Untersuchung schien es zu fehlen). Es besteht geringe Paragraphie, im ganzen vermag Pat. aber korrekt nachzuschreiben. Beim Benennen von Gegenständen liefen einige Fehlreaktionen unter. Die motorischen Äußerungen sind durchweg normal. Nur bei der ersten Untersuchung gebrauchte er einen Gegenstand verkehrt, nachher wiederholte sich derartiges nie.

Sehen wir von einigen Nebenfunden ab, welche das Gesamtbild des Falles nicht erheblich beeinflussen, so bietet der Kranke im wesentlichen eine „subkortikale“ sensorische Aphasie im Sinne Wernickes dar. Von *Freud*¹⁾ ist der Versuch gemacht worden, dieses Zustandsbild auf eine Hörstörung zurückzuführen. *Bleuler*²⁾ führte den theoretischen Nachweis, daß „die Worttaubheit nicht notwendig auf eine zentrale Läsion zurückzuführen ist“ und „daß eine allgemeine Gehörsstörung das akustische Verstehen der Worte aufheben kann“. Zunächst hat es auch den Anschein, als ließe sich diese Lehre auf unseren Fall anwenden; wir würden ihn dann als kortikale Taubheit bezeichnen müssen. Hiergegen scheint mir aber das Bestehen einer (wenn auch leichten) Paraphasie zu sprechen. Diese ist durch eine Hörstörung nicht zu erklären.

Unser Fall ähnelt den jüngst von *Strohmayer*³⁾ veröffentlichten außerordentlich. Er verdient jedoch eher als dieser den Namen einer subkortikalen sensorischen Aphasie, da *Strohmayers* Kranker doch einiges nachsprechen konnte. Der paralytische Prozeß war auch in *Strohmayers* Fall die Grundlage der Störung, Auf *Strohmayers* theoretische Ausführungen komme ich noch zurück.

1) Zur Auffassung der Aphasien. Eine kritische Studie. 1891.

2) Zur Auffassung der subkortikalen Aphasien. Neurol. Cbl. 1892.

3) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1902. S. 371.

Mit *Liepmanns* Fall von „reiner Sprachtaubheit“¹⁾ hat der soeben beschriebene große Ähnlichkeit, nur kommt die schwere Seelentaubheit hinzu; eine solche bestand in L's. Fall nur in geringerem Umfange.

IV. Sensorisch-motorische Asymbolie.

(Totale Aphasie, schwere Seelentaubheit, Apraxie, Agraphie, Alexie.)

Aufnahme am 19. Februar 1903. 31jähriger Restaurateur, verheiratet.

Angaben der Ehefrau: Fünf Jahre verheiratet, ein Kind. (Dasselbe hatte sechs Wochen nach der Geburt einen Ausschlag und wurde deshalb nicht geimpft.) Pat. infizierte sich im Alter von 20 Jahren mit Syphilis. War starker Biertrinker. — Beginn der jetzigen Krankheit vor einem Jahre. Vergaß, Leute zu grüßen, verrechnete sich beim Geldwechseln, wurde gedächtnisschwach, nachlässig in der Kleidung, unmäßig im Essen. Sprache verschlechterte sich.

Bei der Aufnahme bietet Pat. das Bild hochgradiger Demenz, ist unruhig, wühlt im Bett, stößt unverständliche Laute aus, sagt einige Male: „nach Hause“, verläßt oft das Bett.

25. Februar 1903. Dauernd unruhig. Sprache gänzlich unverständlich.

2. März 1903. Etwas ruhiger. Verständigung mit Pat. jedoch nicht möglich. Kommt nur einzelnen Aufforderungen nach.

Körperlicher Befund: Ernährungszustand leidlich. Gesicht gerötet. Beklopfen des Schädels nicht schmerzhaft. R. Pupille $> 1.$, die r. ist verzogen. Lichtreaktion vorhanden, links besser als rechts. Konvergenzreaktion $+$. Augenbewegungen ohne Störung. Die Zunge bringt Pat. nicht aus dem Munde hervor. Schluckvermögen gut. Speichelfluß. Innere Organe o. B. Arterien weich. Keine Lähmungen. Starke allgemeine Hypaesthesia. Keine Ataxie. Rombergsches Phänomen nicht zu prüfen. Hautreflexe vorhanden. Sehnenreflexe desgl. Nahrungsaufnahme gut. Unrein mit Urin. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

20. März 1903. Bringt kein verständliches Wort hervor.

29. Juni 1903. Hat sich körperlich sehr erholt, bringt die Hälfte des Tages außer Bett zu. Macht den Eindruck tiefer Verblödung. Sprache etwas gebessert, aber unverständlich.

15. September 1903. Muß gefüttert, an- und ausgekleidet werden, da er selbst alles falsch macht. Stumpf, teilnahmslos, lächelt den Arzt freundlich an. Gibt selten einen sprachähnlichen Laut von sich.

20. Oktober 1903. Sprachliche Äußerungen fehlen jetzt völlig. Auf vieles Zureden gibt er einmal einen unartikulierten Laut von sich.

14. November 1903. Deprimierter, zugleich ratloser Gesichtsausdruck. Nickt oft, als wollte er sagen, daß ihm sein Zustand zu Bewußtsein kommt.

¹⁾ Psychiatr. Abhandl., herausgeg. v. Wernicke, Breslau 1898.

Er atmet rasch und schnaufend, zittert dabei. Es entsteht so der Anschein, als befände Pat. sich in äußerster ängstlicher Verlegenheit.

Manchmal fährt Pat. mit der Linken nach dem Kopf und reibt sich einige Male mit der Handfläche das Haar. Oder er verschränkt die Arme und nickt bedächtig und sorgenvoll. Dann wieder macht er allerlei unruhige Handbewegungen. Wegen fortwährenden Speichelflusses holt er häufig das Taschentuch mit der rechten Hand aus der rechten Tasche seines Kittels hervor, gibt es in die linke, fährt dann jedesmal mit dem Tuch anstatt an den Mund ins Haar, gibt es wieder in die rechte Hand, die es in die Tasche zurückführt. Diese Prozedur wiederholt sich immer wieder.

Mündliche Aufforderungen:

Zeigen Sie die Zunge!

Pat. reißt die Augen auf, gibt einen ächzenden Laut von sich, fährt sich mit beiden Händen durchs Haar, gerät in große Unruhe. Führt den Auftrag nicht aus.

(Erneute Aufforderung.)

Pat. öffnet ganz explosiv den Mund etwa bis zur Hälfte, die Zungenspitze erscheint zwischen den Zähnen. Als er nochmals ermuntert wird, die Zunge zu zeigen, schnappt der Kiefer plötzlich wieder zu, während Pat. ratlos mit den Händen nach dem Munde fährt.

Schließen Sie die Augen!

Pat. führt es aus; als ihm gesagt ist, er könne die Augen wieder öffnen, tut er es, schließt und öffnet sie aber dann noch dreimal.

Falten Sie die Hände!

Legt zunächst die Hände ineinander; als die Aufforderung wiederholt wird, nimmt er sein Taschentuch und wischt sich die Augen, steckt es dann wieder fort. Bei nochmaliger Aufforderung, die Hände zu falten, nimmt er wieder das Taschentuch und wischt sich die Hände.

Machen Sie eine Faust!

Fährt mit der l. Hand herum, macht dann allerhand Geberden der Verlegenheit. Als der Arzt es ihm vor-macht, fuchtelte Pat. mit beiden Händen herum, legt sie dann an den Kopf.

Zwischen den einzelnen Versuchen fährt Pat. oft, und zwar ganz zwangsmäßig nach dem Munde oder Kopfhaar. Mehrmals steckt er beide Zeigefinger in die Ohren.

Einige Male tritt Echopraxie hervor, indem Pat. zufällige Bewegungen des Arztes nachahmt. (Pause in der Untersuchung.)

Schütteln Sie den Kopf!

Pat. erhebt sich halb vom Stuhl und macht eine tiefe Verbeugung. Als Ref. ihm die verlangte Bewegung vorgemacht hat, schüttelt Pat. richtig den Kopf. Gleich darauf wieder mündlich aufgefordert, noch einmal den Kopf zu schütteln, wirft er den Kopf in den Nacken und verdreht die Augen.

Wischen Sie sich den Mund!

Nimmt das Taschentuch und fährt sich damit viele Male über das Kopfhaar.

Stehen Sie auf!

†

Setzen Sie sich!

†

Fassen Sie ans Ohr!

Mit r. und l. Hand †.

Fassen Sie an die Nase!

(desgl.)

Drohen Sie mir!

Steht auf und reibt sich den Kopf. Als es ihm vorgemacht wird, macht er mit beiden Händen ganz unzweckmäßige Bewegungen.

Drücken Sie mir die Hand!

Tut es nicht; auch nicht, nachdem es ihm mehrmals vorgemacht ist.

Pat. benutzt vorwiegend die linke Hand. Alle Aufträge befolgt er zunächst stets mit der linken Hand.

Aufgefordert zu schreiben, steckt er sich den Federhalter mit der linken in die rechte Hand.

Schrift: spontan und nach Vorlage völlig unleserliches Gekritzeln. Zum Schreiben mit der linken Hand ist er nicht zu bewegen.

Aufgefordert, eine Streichholzschachtel zu öffnen, macht er dies umständlich, aber richtig. Ein ihm gegebenes Streichholz kann er nicht anreiben. Nimmt Schachtel und Streichholz in dieselbe Hand. Als es ihm vorgemacht wird, macht er es richtig nach.

Sprache: weder durch mündliche oder schriftliche Aufforderungen noch durch Gesten ist von Pat. irgend eine sprachliche Äußerung zu erzielen.

Pupillen: r. etwas weiter als l., Lichtreaktion aufgehoben. Konvergenzreaktion erhalten.

15. November 1903. Heraussuchen von Gegenständen.

Zahnbürste.

†. Führt sich damit sofort ins Haar. Aufgefordert sie zu benutzen, reibt er sich damit die Stirn.

Gummiball.	†. Führt sich auch hiermit sofort nach dem Kopfhaar.
Trompete.	Pat. reagiert nicht. Nach einigen Sekunden nimmt er die Streichholzschachtel und fährt sich damit ins Haar. — Als ihm die Trompete in die Hand gegeben wird, hält er das Mundstück erst gegen den Schnurrbart, dann gegen die Nase.
Kette.	Nach mehrfachem Zureden richtig gewählt.
Kerze.	†. Aufgefordert sie anzuzünden, macht er viele unzweckmäßige Bewegungen, bis es ihm gelingt.

Mündliche Aufforderungen.

Bindfaden auf eine Rolle wickeln.	†.
Flasche aufziehen.	†.
Hände falten.	Erst ganz verkehrt. Nachdem es ihm vorgemacht ist, auch nicht ganz richtig.
Faust machen.	Ganz verkehrt. Ahmt es nur mit der linken Hand richtig nach, mit der rechten nicht.

16. November 1903. Heraussuchen von Farben: Vor Pat. liegen je ein blaues, rotes, grünes und gelbes Wollbündel.

Geben Sie das blaue!	Pat. nimmt der Reihe nach jedes Bündel und fährt damit ins Haar. Danach versagt er völlig.
----------------------	--

17. November 1903. Auch heute bevorzugt Pat. deutlich die linke Hand. Die rechte benutzt er nur dann, wenn man ihn am Gebrauch der linken verhindert. Durch Versuche wird erwiesen, daß keine erhebliche Ataxie besteht.

Aufforderungen zu Bewegungen mit den unteren Extremitäten befolgt er nicht.

Nachahmen derartiger Bewegungen:

Aufstampfen mit einem Fuß.	Pat. stampft mit beiden Füßen abwechselnd.
Rechtes Knie über das linke schlagen.	†.
Linkes Knie über das rechte schlagen.	†.
Füße (im Sitzen) seitwärts bewegen und wieder zusammenschlagen	Pat. steht auf und macht verlegene Handbewegungen.

Lesen (Sehschärfe gut): befolgt geschriebene Aufforderungen nicht. Verlangte Buchstaben zeigt er auf der Snellenschen Tafel nicht, versagt

einfach. Gibt man ihm eine Tafel und fragt unter Hinweis auf einen beliebigen Buchstaben, ob dies ein b sei, so nickt Pat. jedesmal. Bei Ziffern das gleiche Verhalten. Zwei ihm verkehrt gegebene Snellensche Tafeln dreht er richtig herum.

Bei den Versuchen, sich mit Pat. schriftlich zu verständigen, nimmt dieser dem Arzt wiederholt unter vergnügtem Lächeln das Papier aus der Hand, gibt dann aber kein weiteres Zeichen des Verständnisses für das Geschriebene.

24. November 1903. Führt heute einige Aufforderungen aus, bei denen er sonst versagte.

25. November 1903. Versagt heute bei fast allen Versuchen.

23. Dezember 1903. Zustand leichten Schwankungen unterworfen, aber im ganzen unverändert.

5. Januar 1904. Pat. ist in letzter Zeit geistig zusehends weiter verfallen. Gibt jetzt vielfach ein nasales Brummen von sich, welches zugleich fast seine einzige Reaktion auf Fragen und Aufforderungen ist. Nase und Ohr zeigt er auf Aufforderung richtig. Die Hand gibt er nicht, wenn man es ohne begleitende Gesten von ihm verlangt. Die Augen schließt er auf entsprechenden Befehl nicht.

Falten Sie die Hände!

Pat. fährt an die Stirn.

Machen Sie eine Faust!

Pat. reibt sich die Hände.

Gehen Sie ans Fenster!

Tut es.

„Aufstehen“, „ans Fenster gehen“ und „hinausgehen“ sind die einzigen Befehle die er noch richtig befolgt. Auf alles andere reagiert er meist gar nicht, selten mit einer verkehrten Bewegung. Zweifellos ist eine schwere Störung des Sprachverständnisses hinzugetreten.

15. Januar 1904. Pat. führt — bei gutem körperlichen Zustande — ein rein vegetatives Dasein. Wenn man von seinem Brummen, dem verkehrten Gebrauch des Taschentuches, häufigem Kopfnicken und einigen anderen Bewegungen absieht, ist er eine bewegungslose Masse geworden und bietet das Bild einer fast totalen Asymbolie. Wird vom Pfleger gefüttert und zum Abort geführt, ist aber manchmal auch unrein.

20. Januar 1904. Reagiert auf die verschiedensten Aufforderungen gar nicht mehr, wie durch eine genaue Untersuchung nochmals festgestellt wird. Sieht nur ratlos vor sich hin, versinkt ganz in sich. Die Aufmerksamkeit gegen früher sehr verschlechtert.

Der Kranke bietet jetzt das Bild eines ganz außergewöhnlich tiefen geistigen Verfalles dar. Dieser Zustand hat sich allmählich entwickelt, und nur dadurch ist es uns ermöglicht, ihn zu analysieren.

Schon im Beginn seines Aufenthaltes in der Anstalt war der Pat. fast völlig unfähig, zu sprechen und Bewegungen zweckmäßig auszuführen. Immerhin konnte er noch einige Worte her-

vorbringen und nahm einen Teil der Bewegungen richtig vor. Die Aphasie und Apraxie waren also noch nicht total, während Lesen und Schreiben schon damals völlig unmöglich war. Allmählich hat der Kranke aber auch diese geringen Fähigkeiten verloren. Er gibt nur noch ein nasales Brummen von sich; sprachliche Äußerungen sind auf keinem Wege mehr auszulösen. Korrekte motorische Äußerungen kommen kaum mehr vor; in der Regel erfolgt keine, sonst meist eine falsche Reaktion. Während er nun aber im Anfang der Beobachtung noch leidlich verstand, reagiert er auf Anreden jetzt nur noch ganz ausnahmsweise. Taubheit besteht nicht; es handelt sich also um eine Störung des Verstehens, um eine schwere Seelen- und Sprachtaubheit. Das optische Erkennen war im Beginn sicher erhalten. Jetzt ist eine Prüfung nicht mehr möglich, weil alle Wege der Verständigung abgeschnitten sind und der Kranke infolge seiner Apraxie auch nicht durch richtigen Gebrauch der Gegenstände zeigen kann, daß er sie erkennt.

Somit identifiziert der Kranke im besten Falle noch die optischen Eindrücke der Außenwelt, während ihm das Verständnis der akustischen fehlt und die Fähigkeit, in irgend einer Form zu reagieren, ihm fast völlig abgeht. Es liegt also eine sensorische und motorische Asymbolie vor.

* * *

Von den vier mitgeteilten Fällen bietet jeder für sich ein klinisches Interesse. Ihre Vereinigung geschah von einem ganz bestimmten Gesichtspunkt aus. Allen vier Kranken gemeinsam ist die vorübergehende oder dauernde Unfähigkeit, mündlichen Aufforderungen nachzukommen. Bei flüchtiger Betrachtung könnte man daher den Eindruck empfangen, als handelte es sich um wesensgleiche Zustände. Wir haben nun in jedem Falle der Ursache der erwähnten Störung nachgeforscht und stellen die Resultate zusammen. Der erste Kranke ist im strengen Sinne apraktisch; er vermag Aufträge nicht auszuführen, obgleich er sie versteht. Bei dem zweiten und dritten Kranken haben wir es mit einer rezeptiven Störung zu tun. Beide verstehen den Auftrag nicht und können ihn daher nicht ausführen. Der vierte Kranke ist in seinem Endzustande weder fähig zu verstehen noch auszuführen.

Der Begriff der „Apraxie“ wird noch jetzt von manchen Autoren sehr weit gefaßt. *Ziehen*¹⁾ unterscheidet z. B. in der neuen Auflage seines Lehrbuchs sechs Arten von Apraxie. Im weitesten Sinne könnte man nun alle vier Kranken als apraktisch bezeichnen, würde damit aber die kaum gewonnene Abgrenzung des Begriffes wieder aufgeben. Ich wende daher den Ausdruck nur gemäß Liepmanns Definition an. In diesem strengen und eigentlichen Sinne haben wir im Fall I eine reine Apraxie vor uns, im Falle IV eine Kombination von Apraxie mit sensorischer Asymbolie.

Die vier Fälle sind aber nicht nur Beispiele dafür, wie sich hinter ähnlichen Erscheinungen ganz verschiedenartige Zustände verbergen können. Sie illustrieren auch die verschiedenen Möglichkeiten der Entwicklung und des Verlaufs der sogenannten paralytischen Herderkrankungen. Der erste und zweite Kranke erlitten einen leichten apoplektiformen Anfall, kamen rasch wieder zu sich und boten dann die geschilderten Erscheinungen, welche aber nach 2—3 Tagen bereits wieder verschwunden waren. Der dritte erlitt eine Serie schwerer Krampfanfälle, lag danach Tage lang bewußtlos und wurde nur ganz allmählich klar. Der dann konstatierte oben geschilderte Zustand blieb dauernd bestehen. Bei dem vierten endlich entwickelte sich das Bild ganz allmählich, ohne plötzliche Schübe, in langsamer, aber steter Progression.

In einer Anzahl anderer Fälle konnte ich die Beobachtung machen, daß Herderscheinungen, welche im Anschluß an ganz vorübergehende Bewußtseinsstörungen entstanden sind, sehr rasch wieder verschwinden, und zwar um so schneller, je kürzere Zeit die Bewußtlosigkeit angehalten hat. Kranke dagegen, welche nach schweren Krämpfen längere Zeit tief bewußtlos gewesen sind, behalten etwaige Ausfallssymptome lange Zeit, oft über Monate hin. Daraus ergeben sich für die Untersuchung dieser Zustände wichtige Konsequenzen. Bei Patienten, welche schnell wieder zu sich kommen, sollte jeder Aufschub der Untersuchung vermieden werden. Hier sei darauf aufmerksam gemacht, daß manche dieser Kranken geradezu erstaunlich attent sind, so daß

¹⁾ Psychiatrie, 2. Aufl. 1903.

man manchmal schon einige Stunden nach dem Anfall untersuchen kann. Ist dagegen ein Kranker nach langdauernder, tiefer Bewußtlosigkeit allmählich klar geworden, so drängt die Untersuchung nicht.

Es erübrigt sich nun noch eine Frage, welche bisher nicht berührt wurde, die Frage nach der Lokalisation der verschiedenen von uns beobachteten Herderscheinungen. Ich habe diese Frage nicht bei jedem einzelnen Fall aufgeworfen, weil sie alle gemeinsam und in gleicher Weise betrifft, und weil ja nicht viel Positives zu sagen ist. Es könnte überflüssig erscheinen, wenn ich ausdrücklich betone, daß ich bei keinem der vier Kranken einen makroskopischen Herd annehme. Ich erwähne es dennoch, weil *Strohmayer*,¹⁾ obgleich in seinem Falle an der Diagnose *Dementia paralytica* kein Zweifel war, sich doch eingehend mit der anatomischen Seite befaßt und „enttäuscht“ war, als sich bei der Autopsie ein makroskopischer Herd nicht vorfand. Und diesen Fall von „subkortikaler sensorischer Aphasie“, der, wie wir gesehen haben, nicht einmal ganz dem von Wernicke und Lichtheim so bezeichneten Symptomenkomplex entspricht, benutzt Strohmayer als Ausgangspunkt zu einem Angriff auf die Theorie vom subkortikalen Sitz der fraglichen Störung. Im Gegensatz zu Strohmayer unterlasse ich es vollständig, an der Hand meiner Fälle auf die lokalisatorischen Streitfragen einzugehen. Wenn ich die Wernicke-Lichtheimschen Termini „subkortikale“ und „transkortikale“ Aphasie gebraucht habe, so soll damit nichts in lokalisatorischer Hinsicht gesagt sein. Ich übernahm diese Ausdrücke, weil sie in der Literatur bereits Bürgerrecht erworben haben, als bequemes Mittel der Verständigung.

Die Mitteilung der vier Krankheitsfälle geschah nicht zu dem Zwecke, die topische Diagnostik der Hirnkrankheiten zu fördern oder Material für oder gegen eine lokalisatorische Lehre beizubringen. Mir kam es darauf an, zur Kenntnis einiger selten beobachteten Zustände einen klinischen Beitrag zu liefern. Ich hoffe, zugleich den Nachweis erbracht zu haben, daß es sich in allen Fällen trotz der Schwere der Defekte um circumskripte Ausfalls-

¹⁾ l. c.

erscheinungen handelte. Man begegnet manchmal der Ansicht, derartige Symptome bei progressiver Paralyse oder seniler Geisteschwäche seien einfach Folgen der Demenz — eine ebenso bequeme wie sterile Anschauung. Ihr gegenüber will ich nur noch hervorheben, daß die vier beschriebenen Kranken weder körperlich hinfällig noch im geringsten benommen waren. Vielmehr waren sie außerordentlich agil, gespannt und aufmerksam, folgten mit dem Auge lebhaft dem Untersucher und bemühten sich sichtlich, ihn zu verstehen und seinen Wünschen nachzukommen.

Nachtrag.

Nach Abschluß dieser Arbeit verstarb der unter IV. beschriebene Kranke an einer Bronchopneumonie. Die Sektion ergab folgenden Gehirnbefund: Arterien zart. Pia diffus getrübt, verdickt und stellenweise schwer abziehbar. Das Großhirn in toto sehr atrophisch. Die Hinterhauptslappen zeigen noch relativ gut erhaltene Windungen; dagegen sind die Windungen im übrigen zu wurmartigen Gebilden verschmälert. Die Brocasche Windung stellt eine dünne, schlaffe Falte dar; die entsprechende Windung rechts ist in gleichem Grade verändert. Auffällig ist auch die enorme Atrophie bei den hinteren Zentralwindungen, während die beiden vorderen Zentralwindungen, wenn auch an Volumen stark reduziert, so doch wesentlich besser erhalten sind. Die Seitenventrikel stark erweitert. Der Boden sämtlicher Ventrikel granuliert. Die Gehirnsubstanz stark durchfeuchtet, enthält nirgends einen makroskopischen Herd.

Die im Leben gestellte Diagnose (*Dementia paralytica*) wurde also bestätigt.

Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung.¹⁾

Von

Dr. M. Reichardt, I. Assistent der Klinik.

Nach Kopftraumen²⁾ können selbstverständlich die verschiedenartigsten Psychosen auftreten; es fragt sich nur, inwieweit man berechtigt ist, aus dem mehr oder weniger deutlichen zeitlichen auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden zu schließen. Bekanntlich hat man zwischen der mechanischen und psychischen Wirkung einer Kopfverletzung unterschieden. Erstere kann wohlcharakterisierte Geistesstörungen hervorrufen; doch muß die Verletzung derart sein, daß eine Hirnerschütterung herbeigeführt wird, bezw. möglich ist. Wenn z. B. bei einem jugendlichen Individuum nach einer leichten und sofort verheilenden Schnitt- oder Hiebwunde am Kopf eine unheilbare Psychose ausbricht, so wird man in erster Linie annehmen dürfen, daß es sich um eine Dementia simplex handelt und daß die Kopfverletzung weiter nichts als ein rein zufälliges Ereignis war. Aber auch die Hirnerschütterung kann bei einem vorher ganz gesunden Menschen, nach dem heutigen Stand der Kenntnisse, nur eine sehr beschränkte Anzahl von Geistesstörungen hervorrufen. Es widerspricht der jetzigen Anschauung völlig, daß eine Paranoia, Dementia simplex und Katatonie, Manie, Melancholie und die zirkulären Zustände usw. durch ein derartiges, rein äußeres Vorkommen verursacht oder vorbereitet wird. Es gibt eben bis jetzt

1) Aus der Königl. psychiatr. Klinik zu Würzburg.

2) Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen erschien auch die Arbeit von *Kalberlah*, Archiv für Psychiatrie Bd. 38 Heft 2.

keine greifbare äußere Ätiologie der genannten Psychosen. Und wenn vor deutlichem Ausbruch einer solchen Geistesstörung ein Kopftrauma — oft genug durchaus leichter und nebensächlicher Art — sich findet, so ist es nicht ohne weiteres angängig, aus einem mehr oder weniger innigen zeitlichen einen ursächlichen Zusammenhang zu konstruieren und die mechanische Verletzung für die endogene Psychose verantwortlich zu machen. Das: post hoc gestattet in diesen Fällen nicht die Folgerung: ergo propter hoc.

Wohl können nach traumatischen Hirnläsionen wechselreiche Krankheitsbilder mit Stupor-, Melancholie-, Katatonie- und ähnlichen Zuständen eintreten; doch entsprechen diese Erscheinungen durchaus den bei anderen organischen Hirnkrankheiten (Paralyse, Hirntumor, arteriosklerotische Hirndegeneration) beobachteten gleichen Symptomen. Mit der echten Melancholie, Katatonie etc. haben sie nichts zu tun.

Andrerseits aber können natürlich auch Kombinationen einer endogenen Psychose, z. B. Paranoia, mit posttraumatischen Intelligenzdefekten (Störungen der Merkfähigkeit usw.) oder Demenzzuständen verschiedenster Intensität vorkommen, wodurch, wenn die Ätiologie der letzteren nicht klar ist, verwickelte und schwer deutbare Krankheitsbilder entstehen können. Das Zusammenreffen dieser beiden verschiedenartigen Geistesstörungen ist dabei ein rein äußerliches, zufälliges.

Am ehesten wäre noch ein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Kopfverletzung denkbar, wenn letztere zu gröberen materiellen Veränderungen im Gehirn (Blutungen, Erweichungen, Verletzungen durch Knochenfragmente, Narben u. dergl.) geführt hat. Von diesen Läsionen können dann unter Umständen, ebenso wie nach einer spontanen Haemorrhagia cerebri, einer porencephalischen Narbe, dauernd epileptische Anfälle ausgelöst werden. Doch entsteht die Frage, ob man überhaupt berechtigt ist, diese Fälle der genuinen Epilepsie zuzurechnen und sie nicht vielmehr als „symptomatische“ Epilepsie abtrennen muß. Im allgemeinen entsteht die Epilepsie ohne Kopftrauma; auch ist oft genug letzteres nicht die Ursache, sondern eine Folge der Epilepsie, sei es, daß der Kranke in einem Anfall zu Boden stürzt, oder daß er infolge seiner epileptischen Reizbarkeit das Opfer von Schläge-

reien wird, die für ihn mit einem Kopftrauma enden. Überhaupt ist die Epilepsie eine sehr häufige Krankheit — alles Grund genug, Beziehungen zwischen Trauma und genuiner Epilepsie sehr skeptisch gegenüber zu stehen.

Ein ähnliches Verhältnis findet sich auch zwischen Idiotie und Kopftrauma bei pathologischen Geburten. Wenn es bei solchen zu umfangreichen Blutungen und anderen Beschädigungen von Hirnsubstanz kommt, so sind diese Beschädigungen selbstverständlich von Bedeutung für die spätere geistige Entwicklung des Kindes, welches dadurch „idiotisch“ werden kann. In Wahrheit handelt es sich aber um grobe umschriebene Hirndefekte — Porencephalie. Ihnen gegenüber steht die große Anzahl der reinen, genuinen Idioten, bei denen weder eine solche traumatische Hirnzerstörung, noch infektiöse und encephalitische Prozesse, in utero oder post partum, nachzuweisen sind. Die Ätiologie dieser eigentlichen Idiotie kennt man vielmehr ebensowenig, als die der anderen endogenen Psychosen. Daß der Druck, den das kindliche Gehirn bei der Geburt erleidet, als solcher schon Idiotie erzeugen könne, das glaubt heutzutage wohl kein Mensch mehr.¹⁾

Kann nun der die häufig unbedeutende Kopfverletzung begleitende Schreck oder die vorhergehende Angst eine länger dauernde Geistesstörung verursachen? Auch hier ist unseres Erachtens scharf zu trennen zwischen grobanatomischen Hirnbeschädigungen (und ihren Folgen) und endogenen Geistesstörungen. Wenn zum Beispiel ein intensiver Schreck ein gefäßkrankes Gehirn trifft, so kann er in demselben, infolge der begleitenden starken Blutdruckschwankungen, die direkte Ursache von Blutungen und dauernden Ernährungsstörungen (Erweichungen) werden. Daß aber eine einmalige heftige Gemütsregung eine der oben aufgezählten, sogenannten endogenen Psychosen verursachen könnte, ist eminent unwahrscheinlich. Es ist noch kein Fall bekannt, in welchem ein einmaliger Schreck und dergleichen bei einem kurz vorher notorisch gesunden Individuum eine echte, länger dauernde Geisteskrankheit verursacht hat. Vorsichtiger, allerdings viel-

¹⁾ Vergl. dazu *Rieger* Beziehungen der Schädellehre zu Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg, Stahel 1882. Und Kastration. Jena, Fischer. 1900. Seite XX.

deutiger ist schon der Ausdruck, daß der Schreck die Psychose „ausgelöst“ hat, — mit anderen Worten: Die Anlage zur Psychose war bereits vorhanden, und letztere wäre auch ohne das psychische Trauma früher oder später zum Ausbruch gekommen. So finden sich auch unter den an sogenannter traumatischer Neurose Leidenden zweifellos Menschen, die von jeher Paranoiker oder Hypochonder gewesen sind, und bei denen irgend ein an sich gleichgiltiges Trauma den Stoff zu einem manifesten Wahnsystem abgab, während die Psychose bis dahin latent war oder sich in anderen, unauffälligeren Bahnen bewegte. Bei anderen Unfallkranken, die intra vitam nur die Erscheinungen einer anscheinend psychisch verursachten traumatischen Neurose boten, zeigte die Autopsie materielle Veränderungen des Gehirns, entweder die Folgezustände einer klinisch nicht deutlich hervorgetretenen *Commotio cerebri*, oder die Veränderungen einer begleitenden Arterienerkrankung verschiedenster Ätiologie (*Senium*, *Lues*, *Alkoholismus*, *arthritische Diathese*, *Heredität* usw.¹⁾ Von einem einmaligen Schreck ist die Arteriosklerose selbstverständlich nicht verursacht worden; auch ein möglicher Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und länger dauernden gemüthlichen Erregungen ist mit Vorsicht zu beurteilen. Genügten jahrelange Gemütsbewegungen allein, eine Arteriosklerose hervorzurufen, so müßte letztere z. B. bei nicht verblöddenden, jahrelang chronisch aufgeregten Paranoikern als regelmäßiger Befund nachzuweisen sein, was aber bekanntlich nicht der Fall ist, wie die Autopsieen zeigen. Vielmehr haben solche Individuen oft ein auffallend zartes Gefäßsystem. — Eine dritte Gattung Unfallkranker verlor ihren „cerebrasthenischen Symptomenkomplex“ von dem Zeitpunkte an, an welchem sie eine dauernde hohe Rente erhalten hatte. Jedenfalls darf man behaupten, daß der das Kopftrauma öfters begleitende Affekt bei einem vorher absolut gesunden Menschen zur Erklärung einer eventuell entstehenden Geistesstörung nicht in Betracht kommt. Man hätte unter dem Worte „traumatische Psychose“ also nur Geistesstörungen infolge mechanischer Traumawirkung auf das Gehirn zu verstehen. Und man wird in der

¹⁾ *Edgren*, Die Arteriosklerose. Leipzig 1898.

Hauptsache Recht behalten, wenn man als die Vorbedingung zu einer traumatischen Psychose eine Gehirnerschütterung erwartet.

Die Diagnose „Gehirnerschütterung“ ist eine rein klinische Diagnose, die keinen Anspruch erhebt, über Fehlen oder Vorhandensein begleitender Kontusionsherde Auskunft geben zu wollen. Im allgemeinen ist für eine reine Hirnerschütterung die Flüchtigkeit der Erscheinungen charakteristisch. Indeß kann eine „leichte“ Hirnerschütterung klinisch rasch und völlig ausheilen, und die nach Jahren infolge anderer Todesursache gemachte Sektion deckt doch Kontusionsherde besonders an der Basis des Stirn- und der Spitze des Schläfenlappens usw. auf, die mit dem Trauma in Verbindung zu bringen sind (*Köppen*). In allen ausgeprägten Fällen ist die Hirnerschütterung gekennzeichnet durch die Bewußtlosigkeit und durch gewisse bulbäre Symptome (Puls- und Atmungsanomalien, Erbrechen). Schwierigkeiten in Erkennung und Abschätzung der *Commotio cerebri* entstehen dadurch, daß sie abortiv verlaufen kann; namentlich ihr sinnfälligstes Symptom, die Bewußtlosigkeit, kann nur momentan vorhanden sein, sodaß die Kranken nicht einmal umfallen. Bewußtseinsstörungen können sogar völlig fehlen (Fälle von *Köppen*¹⁾ und *Seiffer*²⁾), ferner einige Fälle bei der sogenannten traumatischen Spätapoplexie³⁾) während doch die Art der Verletzung, die eventuell folgende Demenz, die vielleicht später ausgeführte Autopsie eine Hirnerschütterung vermuten ließen. Gibt man auch zu, daß in einigen Fällen eine größere Vulnerabilität des Gehirns bestanden haben könnte (Gefäßerkrankungen, Schrumpfnieren, Stauung und dergl.), so besteht doch tatsächlich gelegentlich eine Inkongruenz zwischen klinischem Bild und Schwere der anatomischen Verletzung. Immerhin mögen diese Fälle selten sein; in der großen Mehrzahl reagiert das Gehirn auf ein stärkeres Trauma mit dem klinischen Bild der Hirnerschütterung, aus dem sich früher oder später die traumatische Psychose entwickeln kann.

Wenn nun in der Literatur unter dem Titel: „Geistesstörungen

1) Archiv für Psychiatrie, Band 33.

2) Charitéannalen. 1903. Band 27.

3) Vergl. u. a. Sammelreferat von *Huwald*, Fortschritte der Medizin. 1902. März Nr. 7.

nach Kopfverletzungen“ vielfach Kopfverletzungen subsumiert wurden, die ebensowohl ganz harmlose Schnittwunden, wie aber auch allerhand grobe äußere Verletzungen der Hirnsubstanz durch eindringende Fremdkörper (Stichwaffe, Kugel, Knochensplitter) waren, ferner Infektionen und Kompressionen oder Zerstörungen des Gehirns (extra- und intradurale Blutergüsse), so erscheint es gerechtfertigt, aus diesem Sammelbegriff eine Gruppe als „Geistesstörungen nach Hirnerschütterungen“ abzusondern, in welcher nach dem Trauma zunächst die Hirnerschütterung das klinische Bild beherrschte, ohne daß der weitere Verlauf das Vorhandensein umfangreicherer, komplizierender Blutungen (Hemiplegie, Hemi-anopsie, Sprachstörungen etc.) oder stärkerer Absprengungen der tabula interna wahrscheinlich macht. Die die Hirnerschütterung häufig begleitenden und nicht immer diagnostizierbaren Kontusionsherde und ihre Folgen werden allerdings aus dieser Gruppe nicht abgetrennt werden können. — Dadurch, daß Hirnerschütterungen auch durch Fall auf das Gesäß und die Füße eintreten können, tritt die Hirnerschütterung gleichzeitig etwas aus dem Rahmen der Kopfverletzung (im gewöhnlichen Sinne) heraus.

Als direkt verursacht durch die Hirnerschütterung, samt den, *intra vitam*, oft nicht diagnostizierbaren umschriebenen Kontusionsherden sind nun beobachtet worden einmal allerhand vorübergehende oder bleibende Defekte der Intelligenz, in erster Linie des Gedächtnisses, — Defekte, die bei entsprechender Untersuchung häufig ganz genau abgrenzbar sind und wegen ihrer umschriebenen und merkwürdigen Ausfallerscheinungen auf das höchste interessieren müssen,¹⁾

zweitens (abgesehen von der oft vieltägigen und bisweilen direkt zum Tode führenden Bewußtlosigkeit) akute Psychosen, Dämmerzustände,²⁾ deliriumartige, aphasische und asymbolische Zustände,³⁾ die ausheilen können (*Wille*), nach Ansicht anderer Autoren aber meist mit dauernder Demenz enden,

¹⁾ *Rieger*, Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung. Würzburg, Stahel 1888 und Verhandl. der Physikal.-Mediz. Gesellschaft Bd. 22.

²⁾ *Näcke*, Neurolog. Zentralblatt 1897.

³⁾ *Kräpelin*, Psychiatrie 1904, Bd. II, S. 436.

drittens Charakterveränderungen, Reizbarkeit, Jähzorn, geistige Schwäche, Alkoholintoleranz usw., ein Zustand, aus welchem sich progressiv gelegentlich

viertens ein Schwachsinn (*Dementia posttraumatica*, *Köppen*, l. c.), der gelegentlich der Paralyse¹⁾ oder der schweren arteriosklerotischen Hirndegeneration recht ähnlich werden kann, entwickelt, falls sich diese Demenz nicht schon direkt an die Hirnerschütterung anschloß. Diese oft progressive Demenz ist höchst wahrscheinlich der klinische Ausdruck einer diffusen Rindenerkrankung, die von einzelnen oder multiplen Kontusionsherden, oft begünstigt durch die gleichzeitig bestehende Arteriosklerose, ihren Ausgangspunkt genommen hat. Die jedesmalige Verschiedenheit in Sitz, Ausbreitung und Intensität der Erkrankung macht es erklärlich, daß das klinische Zustandsbild oft ein ganz verschiedenes ist, sodaß die Ansicht früherer Autoren, es gäbe keine charakteristische traumatische Psychose, bis zu einem gewissen Grade Geltung behält.

Während aber diese chronischen Geistesstörungen und deren Endzustände klinisch bereits genauer bekannt sind, scheint es an genügend zahlreichen klinischen Beobachtungen akuter Geistesstörungen nach Hirnerschütterung zu fehlen. Deshalb mögen hier, als kasuistische Beiträge, eine Anzahl entsprechender Beobachtungen mitgeteilt werden, die im Lauf der Jahre in der hiesigen Klinik gesammelt und zum Teil daselbst untersucht wurden; ihnen sind noch zwei, in der Literatur bisher wenig beachtete Fälle angefügt.

Den Anlaß, auf diese besondere Art der traumatischen Geistesstörung zu achten, gab folgender Fall:²⁾ •

1. Frau V., 57 Jahre alt und bisher gesund, befestigte am 15. Mai 1886 eine Gardine am Fenster, das über dem Eingang zum Keller sich befand, machte eine falsche Bewegung, verlor das Gleichgewicht, glitt plötzlich aus und fiel die ganze Treppe hinunter. Sie war bewußtlos; der Arzt fand in der Gegend des linken processus mastoideus eine 6 cm lange Hautabschürfung.

1) Im Zweifelfalle kann gelegentlich erst der Rückenmarksbefund entscheiden.

2) *Annales médico-psychologiques*. 7. Serie, Bd. 6, S. 310.

Puls langsam, Respiration schwach, Pupillen weit. Nach der mehrstündigen Bewußtlosigkeit ein Aufregungszustand; sie schrie, war aufgeregt, warf sich im Bett hin und her. Nach 48 Stunden etwas Besserung; die Kranke klagte über heftigen Kopfschmerz, der sie öfters laut schreien ließ. Sie begann zu sprechen; aber man beobachtete eine merkwürdige Veränderung in ihrer Unterhaltung. Sie erkannte die sie umgebenden Personen nicht mehr, nicht einmal ihre eigene Tochter, die sie für jemand anders hielt. Der Arzt wurde für einen ihrer Verwandten gehalten; sie fragte ihn, seit wann er seine Studien beendet hätte. Sie erkannte ihre Freundinnen, die zu Besuch gekommen waren, nicht und bat um Auskunft über Personen, die längst gestorben waren, Ereignisse, die sie alle vergessen hatte.

Noch interessanter war der bestehende Erinnerungsdefekt in der örtlichen Orientiertheit. Sie erkannte ihr eigenes Haus nicht mehr und glaubte sich in der Sommerfrische. Sie fragte den Arzt, wie es ihm möglich sei, täglich aus Bukarest zu ihr zu kommen; und sich im Zimmer umblickend erkannte sie zwar Gegenstände und Möbel (als ihr Eigentum), war aber gleichzeitig von dem Gedanken beherrscht, daß sie auf dem Lande sei. Z. B. sagte sie zu ihrer Tochter: „Ist dein Vater verrückt, daß er meine Möbel und mein ganzes Eigentum nimmt und hier in ein fremdes Haus ringt?“ — die Tochter suchte sie auf alle mögliche Art und Weise zu überzeugen, aber vergeblich. Sie beklagte sich dem Arzt gegenüber, daß ihr mütterliche Liebe und ihre Tochter sie betrügen, und sie fragte: „Sagen Sie mir, Herr Doktor, befinden wir uns hier nicht auf dem Lande?“ Als der Arzt versuchte, sie vom Gegenteil zu überzeugen, lächelte sie und sagte, daß er sich mit ihren Angehörigen verabredet hätte, um sie zu täuschen.

Um sie von diesem Irrtum zurückzubringen, führte sie ihre Tochter in das Vorderzimmer und zeigte ihr die Straße, die Nachbarhäuser, die sie sehr wohl wieder erkannte; aber bei der Rückkehr in das andere Zimmer verfiel sie merkwürdigerweise von neuem in ihren falschen Ideenkreis.

Ferner bestand Erinnerungslosigkeit für Eigennamen; sie erinnerte sich nicht des Namens der Straße, in der sie wohnte; sie hatte sogar den Namen ihrer Tochter, ihres Gatten, ihrer Freundinnen und ihren eigenen Namen vergessen. Sie hatte vergessen, wie man ißt und wußte nicht mehr, welchem Löffel und Gabel dienten. Ihre Tochter gab ihr zu essen und hielt zum Kauen und Schlucken der Nahrung an.

Nach drei Wochen kehrte der normale Zustand zurück; aber die Kranke erinnerte sich absolut an nichts von allem, was ihr in diesem Zeitraum bemerkt war; ja, sie hatte sogar die Nebenumstände ihres Falles und vor allem die Ereignisse einige Stunden vorher vergessen. — Das Personen- und Ortsgedächtnis ist ihr eher zurückgekehrt, als das Ortsgedächtnis. Einziges Symptom blieb ihr beständig in Erinnerung, nämlich eine Gesichtszuzination; sie sah vor ihrem Hause eine große Wasserlache. — Dauernde gute Genesung.

Bei dieser Frau hatte sich, unmittelbar nach einer schweren Hirnerschütterung, die mit mehrstündiger Bewußtlosigkeit einherging, ein etwa zwei Tage langer deliröser Aufregungszustand entwickelt und aus demselben folgendes Krankheitsbild: Orientierungsstörung bezüglich der Außenwelt, indem die Kranke sowohl die umgebenden, seit Jahren bekannten Personen, als auch ihr eigenes Haus verkannte. Asymbolische Erscheinungen. Ferner sehr beträchtliche Gedächtnisstörungen, die auch bei der Desorientiertheit eine große, wenn auch nicht die einzige Rolle gespielt haben. Retrograde Amnesie. Die Erinnerungslosigkeit für ihre ganze Psychose könnte ferner auf Störungen in der Merkfähigkeit deuten. Dabei völlige Einsichtslosigkeit und Unkorrigierbarkeit. Besonnenheit und Aufmerksamkeit waren vorhanden, gewiß auch ein lebhaftes Assoziationsbedürfnis, verbunden mit dem Gefühl der Ratlosigkeit. Zu stärkeren Affekten scheint es nicht gekommen zu sein. Besonders bemerkenswert ist endlich die isolierte und konstante Gesichtstäuschung, über deren Entstehung und Wesen die kurze Mitteilung kein Urteil gestattet. — Völlige Heilung nach drei Wochen.

Sehr ähnlich ist folgende, ebenfalls nicht in der Klinik beobachtete Geistesstörung, an welcher ein bis dahin ganz gesunder, in der Nähe von Würzburg wohnender Herr nach einer Hirnerschütterung erkrankte:

2. Der ärztliche Bericht lautet (Mitte Februar 1889):

„Herr Apotheker Y wurde am 6. Januar 1889 durch einen Schlag mit dem Maßkrug auf offener Straße nachts 1/212 Uhr am Kopfe schwer verletzt. Zustand 24 Stunden später: Auf der linken vorderen Schädelhälfte eine 1/2 cm tiefe, 4—5 cm lange Wunde. Der Kranke war bewußtlos, Puls 60 Schläge in der Minute, Atmung verlangsamt, tief. Am dritten Tage kehrte das Bewußtsein zurück, und der Kranke erinnerte sich genau an alle Details des Überfalles. Einige Tage später erzählte er den Sachverhalt in anderer Weise, war zugleich von der fixen Idee befangen, er befinde sich nicht in seinem Heimatsort, sondern in Z., bei seinem Kollegen. Sein eigenes Inventar, Kleidungsstücke etc. bezeichnete er als diesem Herrn gehörig; als ihm ruhig und bestimmt sein Irrtum darzulegen versucht wurde, erhielt man die Antwort: „Apotheker G. hat seine Sachen den meinen genau nachbilden lassen: es hat so den Anschein, als sei ich in meiner Heimat. Es ist aber nicht der Fall; bei einer guten Portion Idealismus kann man sich solches einbilden.“ — Während dieser Zustand ununterbrochen bis 8. Februar 1889 standhielt,

hoben sich die körperlichen Kräfte von Tag zu Tag. Niemals Fieber. Die Wunde war primär verheilt. Am 8. Februar 1889 unternahm der Arzt mit seinem Patienten eine Schlittenfahrt zu einem Freund im gleichen Orte. Beim Anblick seines Freundes schwand sofort die fixe Idee des Kranken; derselbe erklärte, er sei nun wieder in seiner Heimat. — Herr Apotheker Y ist noch nicht imstande, seine Berufspflichten andauernd zu erfüllen. Nach der geringsten Anstrengung stellt sich starke Ermüdung ein.“

Die Aussagen der Verwandten des Kranken bestätigten nur diese Schilderung: Er hat völlige Erinnerung an die Vorgänge und kann alles selbst erzählen. Nach der Verletzung ist er hingestürzt, konnte aber nach Hause gehen und besorgte alles in Ordnung. Nachdem der Verband angelegt war, glaubte er im Spital zu C. zu sein. In den ersten zehn Tagen schlief er dann viel und schwatzte dazwischen dummes Zeug. Dann bezog er alles auf den Ort Z., in welchem er noch nie gewesen war. „Auf einmal (auf der Schlittenfahrt) ist mir der Geist gekommen: Was bist Du für ein dummer Kerl“. Dann war er abends meist unklar, sagte: „Ich komme in ein ganzes Labyrinth hinein“. Am andern Morgen sagte er dann endlich: „Jetzt sehe ich alles ein“. Früher stets gesund; kein Alkoholismus. Auch späterhin normal; nur etwas Schwäche beim Gehen, ab und zu ein leichter Schreibfehler, bei geistiger Anstrengung leicht Ermüdung. — Auch nach der letzten Nachricht vom Februar 1904 ist der nunmehr 69 Jahre alte Herr gesund und rüstig.

Eine Gehirnerschütterung lag auch hier zweifellos vor; das beweist das Zusammenstürzen des Kranken im Momente der Verletzung; doch erhob er sich bald wieder und benahm sich stundenlang geordnet. Vom nächsten Tage an eine etwa 48stündige Bewußtlosigkeit, dann während weiterer sieben Tage ein Stadium von Somnolenz und Verwirrtheit, aus welchem sich eine etwa dreiwöchige und, wie es scheint, ziemlich isolierte Störung in der räumlichen Orientiertheit entwickelte, derart, daß der Kranke seine seit Jahren bekannte und vertraute Umgebung verkannte und falsch beurteilte. Er identifizierte zwar Kleider und Möbel als solche richtig, erkannte sie aber nicht als sein Eigentum an, obwohl er die Ähnlichkeit mit seinen eigenen Sachen zugab; sondern er glaubte sich an einem ihm völlig fremden Orte zu befinden (Störungen der sekundären Identifikation).

Im Gegensatz zu dem ersten Fall fehlt hier die retrograde Amnesie und auch eine auffälligere Störung der Merkfähigkeit, insofern als der Kranke nach der Genesung noch lebhaftere Erinnerungen an einzelne Phasen seiner Krankheit hatte. Ob die

Merkfähigkeit nun wirklich auch intakt war, oder — was wahrscheinlicher ist — doch im ganzen herabgesetzt, entzieht sich freilich der Beurteilung. — Daß der Kranke sich an einem Orte zu befinden glaubte, den er überhaupt noch niemals gesehen hatte, ist wohl als positive Erinnerungsfälschung aufzufassen, während die Störung in der räumlichen Orientiertheit als solche nur zum Teil durch Ausfall optischer Erinnerungsbilder erklärbar ist. Bei alledem völlige Einsichtslosigkeit, Fehlen des Krankheitsgefühles und eines stärkeren Affektes während der Geistesstörung. Die Genesung erfolgte plötzlich, vergleichbar dem Erwachen aus einem Traum, wie überhaupt das ganze Krankheitsbild sehr lebhaft an Traumzustände erinnert, wo sich auch fast momentan nach dem Erwachen die richtige Beurteilung der Wirklichkeit und der Traum-erlebnisse einstellt. — Völlige Heilung der Geistesstörung 4—5 Wochen nach der Hirnerschütterung.

Einen durchaus ähnlichen Fall verdanke ich ebenfalls einer Mitteilung von Herrn Prof. *Rieger*:

3. „Im Jahre 1886 ist ein Assistenzarzt des Juliusspitals bei einem Spazierritt vom Pferde gestürzt. Er erlitt eine heftige Hirnerschütterung. Als er wieder einigermaßen bei Bewußtsein war, hatte ich einmal Gelegenheit, ihn flüchtig in seinem Zimmer im Juliusspital zu sehen. Er war gleichfalls in räumlicher Hinsicht geistesgestört; er behauptete immer, er sei in der Wirtschaft der Harmonie-Gesellschaft, und er verlangte dann immer in das Juliusspital, in sein Zimmer, in welchem er doch tatsächlich war. Er verlangte dies einige Tage so stürmisch, daß man schon glaubte, man müsse ihn deswegen aus seinem Zimmer in die Irrenabteilung verlegen. Dann wurde er aber wieder ruhig und reiste, allerdings immer noch mit der gleichen Störung, in Begleitung von Angehörigen in seine Heimat ab. Später habe ich nichts mehr von ihm gehört.“

Entsprechende Fälle aus der Literatur sind die öfters zitierten Mitteilungen von *Gussenbauer*¹⁾ und *Urbantschitsch*²⁾. Im *Gussenbauerschen* Falle bestanden, neben starken Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, anfangs die Erscheinungen einer Art allopsychischer Desorientiertheit, in dem von *Urbantschitsch* außer Störungen der allopsychischen Desorientiertheit auch solche des

1) Wiener klin. Wochenschrift 1894, S. 806.

2) Ibidem, Seite 845.

Persönlichkeitsbewußtseins (autopsychische Desorientiertheit und Ratlosigkeit, *Wernicke*).

Durch besondere Lebhaftigkeit in der Schilderung zeichnet sich *Bismarcks*¹⁾ Erzählung aus; er hatte infolge einer heftigen Hirnerschütterung einen vorübergehenden Zustand allo- (und auto-?) psychischer Desorientiertheit, verbunden mit Amnesie und positiven Erinnerungstäuschungen:

4. „Früher aber, da hatte ich einen merkwürdigen Zufall, der zeigt, wie das Denken des Menschen doch von seinem körperlichen Gehirn abhängt. Ich war mit meinem Bruder abends auf dem Heimwege, und wir ritten, was die Pferde laufen wollten. Da hört mein Bruder, der etwas voraus ist, auf einmal einen fürchterlichen Knall. Es war mein Kopf, der auf die Chaussee aufschlug. Mein Pferd hatte vor der Laterne eines uns entgegenkommenden Wagens gescheut und war mit mir rückwärts überschlagen und auch auf den Kopf gefallen. Ich verlor die Besinnung, und als ich wieder zu mir kam, hatte ich sie nur halb wieder. Das heißt, ein Teil meines Denkvermögens war ganz gut und klar, die andere Hälfte war weg. Ich untersuchte mein Pferd und fand, daß der Sattel gebrochen war. Da rief ich den Reitknecht und ließ mir sein Pferd geben und ritt nach Hause. Als mich da die Hunde anbellten — zur Begrüßung — hielt ich sie für fremde Hunde, ärgerte mich und schalt auf sie. Dann sagte ich, der Reitknecht sei mit dem Pferde gestürzt, man solle ihn doch mit einer Bahre holen, und war sehr böse, als sie das auf einen Wink meines Bruders nicht tun wollten. Ob sie denn den armen Menschen auf der Straße liegen lassen wollten? Ich wußte nicht, daß ich ich war, und daß ich mich zu Hause befand, oder vielmehr, ich war ich selber und auch der Reitknecht. Ich verlangte nun zu essen, und dann ging ich zu Bette, und als ich ausgeschlafen hatte, am Morgen, war es gut.“ — „Es war ein seltsamer Fall: Den Sattel hatte ich untersucht, mir ein anderes Pferd geben lassen, und dergleichen mehr — alles praktisch notwendige tat ich also. Hierin war durch den Sturz keine Verwirrung der Begriffe herbeigeführt. Ein eigentümliches Beispiel, wie das Gehirn verschiedene Geisteskräfte beherbergt; nur eine davon war durch den Fall länger betäubt worden“.

Die Geistesstörungen der drei letzterwähnten Fälle ähneln durchaus den zuerst geschilderten, verliefen nur ungleich kürzer. Das allen gemeinsame und sehr merkwürdige Symptom ist eine Störung der Orientiertheit bezüglich der Außenwelt, die im 1. Fall mit anderen Erscheinungen von Seelenblindheit, bezw. Asymbolie kombiniert war, im 2. und 3. Fall aber anscheinend

¹⁾ Moritz Busch, Graf Bismarck. Leipzig 1878. Bd. 1, S. 339.

mehr isoliert auftrat, wenn auch eine eingehendere klinische Untersuchung nicht vorgenommen worden war. Es läßt sich jedenfalls denken, daß die geschilderte räumliche Desorientiertheit im klinischen Bild in der Hauptsache isoliert auftreten kann (abgesehen von den wohl sehr selten ganz fehlenden Störungen der Merkfähigkeit und von einer Reihe von Erscheinungen, die erst bei spezieller Untersuchung zutage treten). Die derartig Erkrankten machen durchaus den Eindruck von Geistesgestörten, wenn sie auch sonst ein zweckmäßiges und korrektes Benehmen zeigen mögen. Es entspricht dies der dominierenden Stellung und Wichtigkeit unseres Gesichtssinnes und seiner assoziativen Verknüpfungen im Geistesleben, speziell in dessen Beziehung zur Außenwelt. Nach den geschilderten Krankheitsbildern läßt sich die räumliche Desorientiertheit am ehesten als Störung der sekundären Identifikation deuten, entweder eine vorübergehende Schädigung transkortikaler, assoziativer Verbindungen der Cuneusrinde mit der Rinde der Parieto-occipitalgegend, oder eine vorübergehende Läsion des letzteren Rindengebietes selbst, unter Verlust bestimmter optischer Erinnerungsbilder und Richtungsempfindungen. Kommen derartige Kranke in klinische Beobachtung, dann würde es von höchstem Interesse sein, eine bis ins einzelne detaillierte Untersuchung ihrer Intelligenz nach einer entsprechenden Methode¹⁾ und unter spezieller Berücksichtigung der gesamten peripheren, subkortikalen und kortikalen Sehfunktionen vorzunehmen (Sehschärfe, Gesichtsfeld, Formensinn, stereoskopisches Sehen, Tiefenlokalisation, Distanzschätzung usw.²⁾) und die Erregungsfähigkeit optischer Erinnerungsbilder von anderen Hirngebieten und Sinnen aus zu untersuchen.

5. Adam Pabst aus Waldbrunn, Dienstknecht, 24 Jahre alt, aufgenommen in die Klinik am 1. Juni 1903, entlassen 21. Juni 1903.

Der Kranke stammt aus gesunder Familie und war früher selbst immer völlig gesund und geistig normal, in der Schule intelligent. Niemals Epilepsie.

¹⁾ *Rieger*, Entwurf zu einer allgemeinen anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung. Verhandl. der physikal. med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Band 22.

²⁾ *Lissauer*, Archiv für Psychiatrie, Band 21. — *Hartmann*, Die Orientierung. Leipzig 1902. C. W. Vogel.

Kein Alkoholabusus. — Am 23. Mai 1903 früh $\frac{3}{4}$ 5 Uhr glitt der Patient beim Futterholen auf dem Scheunenboden aus und stürzte mehrere Meter tief auf die harte Tenne. Er war viele Stunden lang bewußtlos und wurde noch am Tage der Verletzung in die chirurgische Klinik nach Würzburg gebracht. Von da kam er am 1. Juni 1903 in die psychiatrische Klinik. Die Diagnose der chirurgischen Klinik lautete: Subperiostales Haematom auf dem linken Scheitelbein, commotio cerebri. Komplizierte Unterkieferfraktur, Fraktur der ersten Rippe rechts. — Es heißt ferner in der Krankengeschichte:

„Ist sehr unruhig, gibt auf Fragen meistens richtige Antworten, läßt Urin und faeces unter sich, schreit manchmal.“

Ähnlich verhielt er sich auch in den beiden ersten Tagen seines Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik. Über seine Personalien gab er prompt Antwort; auf andere Fragen schwieg er; auch spontan sprach er nichts. Er mußte gefüttert werden, da er mit Löffel, Teller und Tasse durchaus nichts anzufangen wußte. Auch fand er sich im Saal absolut nicht zurecht, obwohl ihm z. B. der Weg zum Kloset wenigstens 12mal gezeigt wurde. Vom dritten Tage an hellte sich das Bewußtsein rasch auf; die asymbolischen Erscheinungen verschwanden dauernd. Das Interesse an der Umgebung erwachte, Aufmerksamkeit in der Unterhaltung stellte sich ein; vom fünften Tage an verschwand auch eine rasche geistige Ermüdbarkeit. — Temperatur, Puls und Atmung waren immer normal.

Nervenstatus (am dritten Tage). Etwas Ptosis links. Die linke Pupille 2 mm groß, in den unteren Teilen leicht entrundet, die rechte 3 mm groß. Beide haben, auch einzeln geprüft, gute Lichtreaktion. Sehschärfe, Augenhintergrund, Gesichtsfeld und Farbensinn normal. Keine Störungen der optischen Identifikation bei vorgehaltenen Bildern und Gegenständen. Willkürliche und reflektorische Augenbewegungen ganz intakt. Keine Facialis- und Hypoglossusparesen. Hörfähigkeit auf beiden Ohren ganz normal. Keine artikulatorische oder aphasische Sprachstörung. Spontansprechen und Satzkonstruktion ohne Besonderheit. Mit Ausnahme der Frakturstellen nirgends druckempfindliche Stellen oder spontane Schmerzen, besonders nicht an den Nervenausstritten und Druckpunkten. Nirgends Lähmungen oder Paresen. Auch wurden keine Sensibilitätsstörungen gefunden. Zurzeit auch keine Blasenstörungen. Patellarreflexe lebhaft, gleich stark; kein Dorsalklonus rechts oder links. Keine Koordinationsstörungen an Armen und Beinen. Nur ist der Gang etwas unsicher und schwankend.

Über seine Person ist der Kranke ganz orientiert. Die Umgebung beurteilt er insofern richtig, als er die Klinik für ein Krankenhaus in Würzburg hält, wo er wegen seiner Kinnwunde sei. Gelegentlich kam es auch zu stärkeren Störungen in der Orientiertheit bezüglich der Umgebung, die zum Teil gewiß durch Störungen der Merkfähigkeit und durch Erinnerungsfälschungen hervorgerufen wurden. Einmal sagte er: „Ich habe ja gestern gar nicht hier geschlafen, sondern da oben. Ich bin ja gar nicht mehr im Krankenhaus.“ Auch fand er niemals den Weg vom Untersuchungszi-

zum Wachsaal, trotzdem er ihn sehr oft gegangen war; sich selbst überlassen. verirrte er sich regelmäßig im Korridor.

Bedeutend stärker waren seine Störungen in der zeitlichen Orientiertheit; als Datum (3. Juni) nannte er den 20. März, 15. April u. dergl. Im engen Zusammenhang mit der zeitlichen Desorientiertheit stehen Störungen der Merkfähigkeit. Der neuntägige Aufenthalt im Juliusspital ist in seiner Erinnerung auf einen Tag zusammengeschrunpft. — Es wird ihm nun gesagt, daß heute der 3. Juni sei und vor zwei Tagen Pfingsten war; nach zwei Minuten hat er es wieder vergessen. Die Merkfähigkeit wird noch mittels vorgezeigter Buchstaben, Zahlen, Bilder, Geldstücke, gesprochener Worte usw. geprüft, mit dem Erfolge, daß die Eindrücke etwa bis $\frac{1}{2}$ Minute behalten, dann aber vergessen wurden.

Wie sich später herausstellte, hatte er ferner völlige Amnesie für den Unfall und die letzten zwei Tage vor demselben. Zurzeit wird dieser Defekt verdeckt durch ausgesprochene Konfabulationen. Von seiner Verletzung erzählte er am 3. Juni: Vor etwa vier Wochen, also Mitte März, sei er früh gegen 9 Uhr einmal in einer Scheune gestürzt und dann mehrere Stunden bewußtlos gewesen. Dann habe er wieder gearbeitet. Am 5. Juni erzählt er den Vorfall noch mehr gefälscht: Nach dem Sturze sei er in seine Kammer gegangen, um sich die blutenden Zähne zu reinigen; dann sei er in die hiesige Klinik geschafft worden; sein neuntägiger Aufenthalt im Juliusspital ist heute ganz aus seiner Erinnerung verschwunden. Der Kranke wird nun sehr redselig und erzählt spontan: „Im Februar 1903 bin ich auch schon einmal gefallen und bin hier behandelt worden. Ich kenne Sie (den Arzt) genau wieder; ich war 14 Tage hier.“ Die Nachforschungen ergaben, daß er im Jahre 1903 und 1902 weder in einem Krankenhause war noch überhaupt einen Unfall erlitten hatte. Nach dem Namen der Eltern gefragt, nennt er denselben richtig und fährt fort: „Meine Eltern sind schon lange tot: der Vater starb an Lungenentzündung, die Mutter an Schlaganfall.“ Diese spontane und affektlose Äußerung, die einen durchaus glaubwürdigen Eindruck machte, war ebenfalls frei erfunden: beide Eltern von ihm leben heute noch. — Von derartigen positiven Erinnerungstäuschungen brachte der Kranke viele vor.

Er liest fließend, rechnet gut und schreibt spontan und auf Diktat richtig. Seine allgemeinen Kenntnisse (Gedächtnis für früher Erlebtes und Erworbenes) sind normal. Perzeption, Apperzeption, unmittelbare Nachahmung, Hersagen geläufiger Reihen, identifizierendes Erkennen (Wollbündel, Geldstücke usw.) geht gut von statten. Auch die Kombinationsfähigkeit ist vorhanden, geprüft z. B. beim Erraten richtiger Worte im verstümmelten Text, beim Vorzeigen von Gegenständen, die ihm nicht oder nur wenig bekannt sein konnten.

Das Nachts war der Kranke vorübergehend ängstlich und unruhig. Sonst fehlte jeder irgend wie stärkere Affekt dauernd; speziell keine Zeichen von Ratlosigkeit. Seiner Defekte ist sich der Kranke nicht bewußt und zeigt

beim Versuch, ihn zu belehren, Einsichtslosigkeit und Unkorrigierbarkeit im hohen Maße.

Die Neigung zur Konfabulation verlor der Kranke etwa am 10. Juni. Bei der Entlassung bestanden noch mäßig starke Störungen der Merkfähigkeit; dementsprechend war die zeitliche Orientiertheit noch nicht in Ordnung. Aber Krankheitseinsicht vorhanden. Retrograde Amnesie. Zurzeit (April 1904) angeblich mäßig starke Störungen der Merkfähigkeit, hin und wieder Schwindel und Kopfschmerzen. Alkoholintoleranz, aber keine Charakterveränderung oder Schwachsinn. Hingegen Erscheinungen von Hypochondrie und (?) epileptiforme Zustände.

Es hat sich hier, bei einem jugendlichen, vorher ganz gesunden Individuum, aus einem Zustand von Verwirrtheit (delirantes Stadium) mit deutlich asymbolischen Erscheinungen heraus eine Psychose entwickelt mit umschriebenen Gedächtnisdefekten, Störungen der optischen und akustischen Merkfähigkeit, der zeitlichen und im geringeren Grade auch der örtlichen Orientiertheit (dabei Unfähigkeit, sich in einer neuen Umgebung zurechtzufinden) und mit Neigung zu positiven Erinnerungstäuschungen. Sie entsprach also durchaus dem Bilde des *Korsakowschen* Irreseins — ohne polyneuritische Erscheinungen. Ätiologisch kommt hier nur das Kopftrauma in Frage. Alkoholismus und Infektionskrankheiten fehlten. — Heilung der Geistesstörung mit Defekt.

Das klinische Bild der *Korsakow*-Psychose ist nun schon wiederholt unmittelbar nach *Commotio cerebri* beobachtet worden; indes sind andere ätiologische Momente (Intoxikationen, Infektionen) nicht immer auszuschließen gewesen. Einzig durch das Trauma hervorgerufen ist offenbar z. B. der von *Wernicke*¹⁾ erwähnte Fall.

Mit den oben geschilderten Geistesstörungen (namentlich Fall 1 und 2) hat dieser Fall 5 unverkennbare Ähnlichkeit, die vielleicht noch deutlicher hervorträte, wenn auch die erstgenannten Kranken genauer klinisch beobachtet wären. Im Gefolge der dort das Krankheitsbild beherrschenden räumlichen Desorientiertheit fanden sich zweifellose Andeutungen von Konfabulation; der als *Korsakowsche* Psychose mit zahlreichen additiven Erinnerungstäuschungen verlaufende Fall 5 hatte auch Störungen der räumlichen Orientiertheit. Störungen der Merkfähigkeit dürfen wir bei

¹⁾ Grundriß der Psychiatrie 1900, Seite 301.

allen beschriebenen Krankheitsbildern annehmen. Die Geistesstörungen von 2 und 5 gingen aus einem Stadium der Somnolenz hervor, das in einem Falle deutliche asymbolische Erscheinungen hatte, die im anderen (No. 2) sich vielleicht auch hätten nachweisen lassen können, während sie bei No. 1 während längerer Zeit vorhanden waren. In allen Fällen bestand auffällige Einsichtslosigkeit, Unkorrigierbarkeit; die Kranken waren sich ihres Defektes nicht bewußt. — *Hartmann*, (l. c.) namentlich gebührt das Verdienst, auf die Ähnlichkeit der Symptome zwischen doppelseitigen Erkrankungen des Parieto-occipitallappens und der *Korsakowschen* Psychose hingewiesen zu haben. Seiner Anregung folgend wird man künftighin bei den genannten Krankheiten speziell auf Störungen in der Abschätzung der Tiefendimension, des Distanzsehens, des stereoskopischen Sehens usw. zu achten haben.

In den beiden folgenden Fällen ist eine Gehirnerschütterung nicht erwiesen. Doch wird man nach der Art der Vorgeschichte und des Krankheitsverlaufes mit größter Wahrscheinlichkeit eine Hirnerschütterung und damit eine traumatische Entstehung der Geistestörung annehmen.

6. Bruno Seyfried, Schmied von Eckartshausen, geboren 6. Oktober 1869, aufgenommen in die Klinik am 6. Dezember 1900, entlassen 13. Januar 1901.

Nach den Schulzeugnissen ist er gut begabt gewesen. Hiermit stimmen überein die Angaben der Ehefrau und des Vaters, welche sagen, er sei durchaus tüchtig und brauchbar in seinem Geschäft gewesen. Sie stellen auch auf das bestimmteste in Abrede, das er Alkoholist sei; sie geben, auf das eindringlichste befragt, nur einen sehr mäßigen Bierkonsum zu. Stärkere Spirituosen habe er gar nicht getrunken. Das Ehepaar hat in acht Jahren vier normale Kinder bekommen. Keine Abortus. — Seit 1. Oktober 1900 in Würzburg in dem Kurs der Hufbeschlagschule; im September 1900 — so berichtet die Frau — ist er ganz normal gewesen; das gleiche gibt sein Vater an, der ihn noch am 25. November 1900 besucht hatte. In der Nacht vom 1. zum 2. Dezember 1900 war in einer Wirtschaft Freibier, an welchem S. sich beteiligte. Die nächstfolgenden Vorgänge sind in Dunkel gehüllt. Am 2. Dezember früh 5 Uhr wurde er bewußtlos auf der Straße aufgefunden und lag dann in schwer gestörtem Zustand zu Haus; er erbrach sich, hielt sich unrein, soll auch einmal zum Fenster hinauszuspringen Anstalt gemacht haben. Deshalb Transferierung in die Klinik am 6. Dezember 1900.

Abgesehen von einer unbedeutenden Beule an der rechten Schläfe ist am ganzen Körper nichts aufzufinden, was betrachtet werden könnte als Wirkung einer äußeren Verletzung. Augen- und Ohrenuntersuchung ergibt

normale Verhältnisse. Die Patellarreflexe sehr schwach, links meist überhaupt nicht zu erzeugen. Darauf hin wird besonders die Möglichkeit einer progressiven Paralyse erwogen; doch sind die Pupillenverhältnisse normal; keine Artikulationsstörung.

Sprache und Intelligenz sind auf das tiefste gestört. Er liegt für gewöhnlich schläfrig da, nimmt an nichts Anteil. Macht fast beständig mit den Lippen schmatzende Bewegungen, knirscht mit den Zähnen. Der Gesichtsausdruck ist stumpfsinnig und gleichgültig; von einem Bestreben, der mangelhaften Sprache durch Zeichen und Bewegungen nachzuhelfen, ist nichts zu entdecken. Zu einer Bezeichnung von Gegenständen und Bildern ist er durchaus nicht zu bringen; er bringt dabei nur sinnlose Silben hervor. Auch kann er nicht dazu angeregt werden, sich mit Gegenständen zu befassen. Ferner ist er niemals dazu zu bringen, zu vorgesagten Worten die zugehörigen Gegenstände oder Bilder zu zeigen.

Proben seiner Reden sind: „Havpassniothap sind doch müßte mir ja was der meint damit was denn? Hastemilje.“

Zuweilen spricht er auch mehr in wirklichen Worten, aber doch immer sinnlos. Wenn man ihn nach etwas fragt, so kommen in der Regel solche Redensarten wie: „Ich solls wissen; das wäre noch schöner.“

Seine Verwandten erkannte er meist nicht; bei allen Besuchen zeigte er die größte Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Irgend ein zusammenhängendes Gespräch ist niemals mit ihm zu führen. Niemals spricht er das richtige Wort aus. Er kann nicht einmal seinen Namen spontan aussprechen oder nachsprechen.

Ebensowenig kann er aus eigener Konzeption oder auf Diktat etwas schreiben, nicht einmal seinen Namen. Die Fähigkeit des mechanischen Kopierens ist vorhanden; doch werden Buchstaben ausgelassen, vertauscht, verstümmelt. Da er auch im Schreiben gute Schulzeugnisse hatte, so ist diese schlechte Schriftleistung auch Folge der Hirnkrankheit.

Eben so schlecht sind seine Leistungen im Lesen. Folgendes ist eine Probe:

(Das Mädchen aus der Fremde.)

In einem Tal keinen Ufern Kisten
Kirten nach diesen jenen Tier
Kurfaß diesen Tierchen mirren
Einen Fichter schön und wunderbar
In mir nicht in der Nacht geboren
Mirandern nicht andere sich vorn
Und knille war ihre Frau noch lorn
Die Loren sowie nach dem . . . etc.

Er ist ferner, auch auf stärkstes Stimulieren, nicht dazu zu bringen, auch nur die einfachste Rechenaufgabe zu beantworten, eine geläufige Reihe, ein Gebot herzusagen.

Während Mitte Dezember 1900 noch der Eindruck überwog, daß es sich um Paralyse handle, ist er seitdem innerhalb drei Wochen ganz allmählich

wieder zu Bewußtsein gekommen. Von einem plötzlichen Aufwachen war durchaus nichts zu bemerken.

3. Januar 1901. Die Sprache ist jetzt wieder völlig in Ordnung, und von einer Aphasie läßt sich durchaus nichts mehr behaupten. Sein jetziger Geisteszustand ist so, daß er zur Not als normal betrachtet werden könnte, wenn er von jeher ein sehr dummer Mensch gewesen wäre. Dem stehen aber die guten Schulzeugnisse entgegen. — In bezug auf die Ereignisse vom 1. bis 2. Dezember 1900 behauptet er völlige Erinnerungslosigkeit. Diese Amnesie erstreckt sich dann auch auf die ersten Wochen seines Aufenthaltes in der Klinik. Er weiß nichts davon, daß seine Frau ihn besucht hat, überhaupt nichts von der ganzen Zeit seiner tiefen Verwirrtheit. — Über sein Lesen gibt er selbst an: Einmal könne er ganz gut lesen; dann gehe es aber auch wieder schlecht. Die anderen Sachen sähe er immer zu allen Zeiten gleich gut; aber beim Lesen sei es zu verschiedenen Zeiten verschieden. Diese wechselnden Zustände im Lesen verschwinden dann aber auch völlig, und am Schluß seines Aufenthaltes las er so gut, wie man es von ihm überhaupt erwarten kann.

Im übrigen ist er im Januar 1901 in optischer Hinsicht überhaupt wieder vorzüglich, kann die feinsten Schnörkel nicht bloß sehr gut erkennen und vergleichen, sondern auch lange im Gedächtnis behalten. Auch sonst hat er keine Defekte mehr im Gedächtnis für frischere Eindrücke. — Er schreibt nun wieder ganz normal und im starken Gegensatz zu früher. — Eine am 5. Januar 1901 in der Augenklinik vorgenommene Gesichtsfeldprüfung hatte anfangs allerdings eine hochgradige konzentrische Einengung ergeben. Wenn man ihn aber (an dem gleichen Tage) unter starker Stimulation prüfte, dann ergab sich auch ein normales Gesichtsfeld.

Am 13. Januar 1901 nach Hause entlassen, in einem Zustand, von welchem bei eingehendster Untersuchung nichts Abnormes mehr behauptet werden kann. Er ist ein netter und anständiger Mensch, der in den letzten Tagen des Aufenthalts auch sehr eifrig und erfolgreich sich im Laboratorium nützlich gemacht hatte. Dabei durchaus normale Intelligenz und Anständigkeit. Von einer krankhaften Schwerfälligkeit kann keine Rede mehr sein.

Februar 1904. Die Erkundigungen bei der Heimatgemeinde des S. haben ergeben, daß S. sehr fleißig und tätig in seinem Handwerk ist und einen ganz normalen Eindruck macht.

Dieser 31 Jahre alte, früher ganz gesunde und intelligente Kranke war kurze Zeit hindurch so blödsinnig, daß man ihn für paralytisch halten mußte. Ätiologie und Diagnose dieser Geistesstörung würden ganz dunkel und rätselhaft bleiben, wenn man nicht eine vorhergehende, im direkten ursächlichen Zusammenhang zur Geistesstörung stehende Hirnerschütterung annehmen will; auch die Anamnese der Krankheit läßt kaum eine andere Mög-

lichkeit zu. Im einzelnen ergeben sich bei dem komplizierten Krankheitsbild eine Reihe Störungen der Sprache und Schrift, der Identifikation, des Gedächtnisses und vielleicht auch der psychomotorischen Sphäre: Es besteht eine starke Störung des Sprachverständnisses, des Nachsprechens; das Spontansprechen ist auf wenige, meist sinnlose Sätze reduziert, dabei Paraphasie. Verlust des Spontan- und Diktatschreibens; die Fähigkeit des Abschreibens ist vorhanden, doch werden dabei die Buchstaben vertauscht, ausgelassen, in ihrer Form verstümmelt (literale Paraphrasie). Paraphasische Störung des Lautlesens; letzteres geschieht anfangs auch absolut ohne Verständnis. — Es handelt sich hier um eine diffuse, nicht genau lokalisierbare Sprachstörung; am ehesten gleicht sie dem Bild der kortikalen sensorischen Aphasie, wahrscheinlich unter gleichzeitiger Schädigung sogenannter transkortikaler Bahnen. Die starke Reduktion der Spontansprache ließe vielleicht ferner an transkortikale motorische Aphasie denken.

Erschwert wurden Untersuchung und Beurteilung des Kranken in hohem Maße durch die ferner bestehende Störung der Identifikation (Verkennung der Verwandten; Seelenblindheit, Asymbolie?) und durch Störungen des Gedächtnisses. Letztere zeigten sich während der Krankheit in starken Defekten der Erinnerung des früher Gelernten (Verlust des Hersagens geläufiger Reihen usw., sofern hier nicht die Sprachstörung gehindert hat) und in Merkfähigkeitsdefekten, die in der Rekonvaleszenz auffällig rasch verschwanden, — und nach Ablauf der Krankheit in Erinnerungslosigkeit für die Zeit des fraglichen Unfalles und der Vorgänge während der ganzen folgenden Krankheit.

Durch diese Intelligenzstörungen entstand das klinische Bild des vollendeten Blödsinns, der mit Verlust sämtlicher Begriffe und der meisten Fähigkeiten und Erinnerungsbilder, mit Stumpfsinnigkeit und Teilnahmslosigkeit einherging. Inwieweit der Verlust der spontanen Bewegungen nur eine Folge dieser anderen Störungen war, oder eine selbständige Erkrankung psychomotorischer Bahnen — entsprechend dem Mutazismus bei transkortikaler motorischer Aphasie — ist wohl schwer zu entscheiden. Die schmatzenden Bewegungen und das Zähneknirschen können automatisch

ausgelöste Bewegungen sein, oder aber echte motorische Reizerscheinungen. — Die Besserung der Geistesstörung war deutlich 3 Wochen nach der vermuteten Gehirnerschütterung; nach weiteren 14 Tagen bis 3 Wochen war der Kranke geistig normal und ist es geblieben.

7. Joseph Seyfried, geboren 12. Februar 1856, Wagner aus Ansbach, aufgenommen 19. März 1900, entlassen 10. April 1900. (Mit dem Kranken No. 6 nicht verwandt.)

War früher sicher normal, in der Schule gut begabt und beim Militär als Schreiber verwendet. 1884 hat er geheiratet; 5 normale Kinder, kein Abortus. Seit 1890 starker Schnapstrinker. 1899 in die Fremde gegangen und so nach Würzburg gekommen. Am 17. März 1900 wurde er nachts in die chirurgische Klinik gebracht, wegen einer leichten Kopfverletzung. Er soll damals schwer betrunken gewesen sein. Am 18. März von da entlassen und am 19. März 1900 von der Polizei in die Klinik gebracht in einem Zustand starker Bewußtseinsstörung, der zuerst den Eindruck einer schweren Hirnkrankheit (Apoplexie oder Paralyse?) und keineswegs bloßer Alkoholvergiftung macht.

Keine Innervationsstörungen, keine Tremor oder sonstige auffallende Zeichen von Alkoholismus. Verhielt sich in den ersten Tagen seines Aufenthaltes äußerlich durchaus ruhig, bei Nacht schlief er nur wenig, am 21. März 1900 hat er erbrochen. Über seinen Aufenthaltsort war er nicht orientiert, glaubte, er sei in der Kaserne, redete den Arzt als Herr Oberst an. Keine Wahnideen. In der ersten Zeit hatte er durchaus die Fähigkeit verloren, spontan und auf Diktat zu schreiben. Auch beim Lesen zeigte er bedeutende Defekte. Diese Störungen verloren sich nach einigen Tagen wieder vollkommen.

Am 22. März 1900 hatte er so gelesen;

(Das Mädchen aus der Fremde.)

Das Leben aus der Freude.

Was einem war bei einem Blitz

Beginnt bei jedem jungen Jahr.

In einem Tal bei frohen Hirten

Erschien mit jedem jungen Jahr

Sobald die ersten Bilchen brichen

Ein Mädchen schön und wunderbar.

Die Armen mit ihm dem beginnen

Nach reichten nicht, woher sie sind

Und jedem war im Jahr warum

Sobald die Mädchen Abschied schien.

Unschaligend war ihre Nähe

Und was wir alles wunder weit . . . etc.

Am 2. April 1900 las er ganz korrekt.

Vorhalten von Gegenständen; Probe vom 22. März 1900. Frage: Was ist das?

Messer	Messer
Schlüssel	Tofel
Federhalter	Papier
Buch	Papier
Bleistift	Bleistift
Seife	ein Bleistift
Handtuch	Dünfleder
Hut	Hut
Spazierstock	Bunthähier
Zeitung	Caperör
Kreide	Hundsleder
Schiefertafel	ein Butleder
Schere	eine Ganze (Zange?)

Am 2. April 1900 nannte er alles richtig. Ebenso war die Fähigkeit des Schreibens wieder völlig hergestellt.

10. April 1900. Auf dringenden Wunsch entlassen. Er hat in der letzten Woche einen ganz normalen Eindruck gemacht; von Paralyse, Hirnhämorrhagie kann keine Rede mehr sein.

Nach Erkundigungen bei der Heimatsbehörde ist er auch späterhin gesund geblieben.

Leider gibt die Krankengeschichte nur unvollkommenen Aufschluß über den Gang der damaligen Untersuchung, sodaß manches (Verhalten des Gedächtnisses, der zeitlichen Orientiertheit u. dergl.) unklar bleiben muß. Es steht aber fest, daß der Kranke an räumlicher Desorientiertheit, Verlust des Spontan- und Diktatschreibens und an Störungen, die an Paraphasie erinnern, gelitten hatte. Letztere können echte paraphasische Störungen oder Identifikations- (Auffassungs- oder Assoziations)störungen gewesen sein. Sie erinnern sehr an die sogenannten paraphasischen Störungen des Lesens der Deliranten. Da aber bei unserem Kranken Tremor, Halluzinationen und stärkere Störungen der Aufmerksamkeit gefehlt haben, wird es unwahrscheinlich, daß er an delirium tremens gelitten habe. Ferner könnte es sich um eine transitorische Intelligenz- bzw. Geistesstörung bei chronischem Alkoholismus handeln, wie sie mit anderen, und vielleicht in jedem Fall mehr oder weniger wechselnden Symptomen bereits beschrieben wurde.¹⁾ Andererseits aber legt das Vorhandensein

¹⁾ Vergl. z. B. Gudden, Neurol. Centralbl. 1900, Nr. 1 und 2.

von Krankheitssymptomen, -die als direkt abhängig von Hirnerschütterungen beschrieben wurden, ferner der rasche günstige Verlauf ohne weiteres den Gedanken nahe, daß es sich um eine Psychose nach Hirnerschütterung gehandelt haben könne, zumal der Kranke zwei Tage vor der Aufnahme in die hiesige Klinik wegen Kopfverletzung in chirurgischer Behandlung war. Nach dem dortigen Bericht soll er „schwer betrunken“ gewesen sein: es kann sich schon damals um das somnolente Stadium nach einer commotio cerebri gehandelt haben. — Heilung der Geistesstörung 14 Tage nach der mutmaßlichen Hirnerschütterung.

Im allgemeinen wird man sagen können: Alkoholiker sind infolge ihrer Rauschzustände, und zwar sowohl durch Hinstürzen, als durch Schlägereien, besonders der Möglichkeit einer Hirnerschütterung ausgesetzt. Eine äußere Verletzung am Kopfe braucht nicht vorhanden zu sein; da ferner die Symptome der Hirnerschütterung — Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Pulsanomalien — auch durch Alkoholwirkung erklärt werden können, so kann die Commotio cerebri völlig unerkannt bleiben. Und wenn an den scheinbar unkomplizierten Alkoholrausch sich ein somnolentes Stadium und eine kurze Psychose anschließt, könnte man veranlaßt sein, die Ursache derselben im Alkohol zu suchen. Es wird die Aufgabe weiterer klinischer Beobachtung sein, in wieweit man berechtigt ist, in solchen Fällen eine commotio cerebri anzunehmen (was gelegentlich forensisch von Wichtigkeit sein könnte), wenn eine eingehende Untersuchung Symptome findet, wie die oben geschilderten. — Eine zweite Frage ist die, ob die akute Alkoholvergiftung, ferner chronische Hirnveränderungen (Arteriosklerose, Senium usw.) das Auftreten einer akuten transitorischen Geistesstörung nach Hirnerschütterung besonders begünstigen können.

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir es bei allen unseren Kranken, deren Krankengeschichten mitgeteilt wurden, mit klinisch ausgesprochenen Geistesstörungen zu tun haben; die Krankheit hat Personen befallen, die vorher geistig absolut gesund waren. Ätiologisch kommt bei den ersten fünf Kranken einzig und allein die Commotio cerebri in Betracht; auch in den letzten beiden Fällen ist sie zum mindesten sehr wahrschein-

lich. In Fall 5, der mit Defekt ausheilte, sind wahrscheinlich dauernde anatomische Veränderungen als Folge des Trauma zurückgeblieben (Contusionsherde, Blutungen, Gefäßveränderungen?); bei den übrigen Kranken liegt kein Grund zu derartiger Annahme vor.

Die Psychose selbst entwickelte sich einigemale aus einem delirösen oder somnolenten Stadium, hatte eine Dauer bis zu fünf Wochen und bot, entsprechend dem verschiedenen Sitz der mutmaßlichen Hirnläsion, ein verschiedenes klinisches Bild. Je nachdem vorwiegend die sensorischen Projektionsfelder, oder Rindenabschnitte, die mit ihnen durch sogenannte transkortikale Bahnen verknüpft waren, getroffen wurden, entwickelten sich Störungen der Apperzeption, primären Identifikation (corticale sensorische Aphasie usw.) und solche der sekundären Identifikation (Räumliche Desorientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie und der nahe verwandte Symptomenkomplex der *Korsakowschen Psychose*), oder aus mehreren herdartigen Erkrankungen kombinierte und deshalb mehr uncharakteristische Krankheitsbilder, die mit vorübergehendem Verlust des größten Teiles der Erinnerungsbilder, Begriffe und Fähigkeiten einhergingen. Zweifellos handelt es sich in allen diesen Fällen um eine akute, aber relativ rasch vorübergehende Lockerung, bzw. Lösung festgefügtter Assoziationen. — Von Gedächtnisdefekten fanden sich ferner, wenn auch, soweit nachzuweisen, nicht regelmäßig, Störungen der Merkfähigkeit und retrograde Amnesie, erstere vorübergehend (ausgenommen vielleicht Fall 5), die zweite dauernd.

Ausgenommen Fall 3 und z. T. Fall 1 ist es bei allen Kranken weder zu stärkeren Affekten noch zu Halluzinationen in irgend einem Sinnesgebiete gekommen. Indes sind solche von anderer Seite beobachtet worden (*Wille*¹⁾, *Borchardt*²⁾, *von Bergmann*³⁾ usw.). Ob auch sie lediglich Folge vorübergehender Hirnrindenschädigung (und besonders starker acuter Hyperaemien?) sind, oder ob namentlich Tobsuchtszustände nur durch stärkere — und dann dauernde — anatomische Verletzungen (Contusionen) veranlaßt werden, muß dahingestellt bleiben. Im übrigen lassen die bisherigen Schilderungen anderer Autoren von akuten Verwirrungs-

1) Arch. für Psychiatrie Bd. 8, S. 220.

2) Inaug.-Dissert. Berlin 1893.

3) Handbuch der praktischen Chirurgie, II. Aufl. 1903, S. 325.

zuständen nach Hirnerschütterungen unschwer erkennen, daß Identifikationsstörungen, Konfabulation usw. öfters schon als Folge von *Commotio cerebri* beschrieben wurden (*Wille, Borchard u. a.*, vergl. auch *Kraepelin*¹⁾). Es stehen also diese Erfahrungen mit den unsrigen durchaus in gewünschtem Einklang.

Besondere Beachtung verdient noch ein bei unseren sämtlichen Kranken — soweit sie nicht stärkere Bewußtseinsstörungen hatten — vorhandenes Symptom: Die Einsichts- und Urteilslosigkeit den vielfach sich ergebenden Widersprüchen gegenüber, und die fehlende Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit für die eigenen Defekte. Nicht zum wenigsten diese Eigenschaften lassen die Patienten als „Geisteskranke“ erscheinen; ihr ganzes psychisches Leben, ihre Persönlichkeit ist dadurch verändert.

Trotzdem brauchen wir den Sitz der in Betracht kommenden Läsion nicht in die gesamte Hirnrinde zu verlegen. Die klinischen Erfahrungen lehren, daß diese allgemein psychischen Krankheitserscheinungen Folgen ausgesprochener Herderkrankungen sein können,²⁾ daß sie, bei genügender Ausdehnung, bei Doppelseitigkeit der Herde sich fast gesetzmäßig einstellen. Da ferner die anderen klinischen Symptome unserer Kranken (räumliche Desorientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie, Störungen der Laut- und Schriftsprache aller Art, und wahrscheinlich auch die *Korsakowsche Psychose*) ebenfalls auf herdartige Läsionen hinweisen, so ist wohl der Schluß gerechtfertigt, in diesen akuten transitorischen Erkrankungen nach Hirnerschütterung, die klinisch völlig als Geisteskrankheiten imponieren, Herderkrankungen der Gehirns zu erblicken, die durch akute — in unseren Fällen meist reparable — anatomische Veränderungen, in erster Linie wohl der betreffenden Hirnrindengebiete, hervorgerufen werden.

Warum in dem einem Falle nach *Commotio cerebri* Orientierungsstörungen, Seelenblindheit usw., im anderen vorwiegend aphasische Symptome auftreten, oder kombinierte Läsionen, dafür werden sich wohl kaum jemals allgemeingültige Regeln finden lassen. Außer der Richtung des Insultes und des Gegenstoßes im

¹⁾ Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. II, 1904, S. 437.

²⁾ *Anton*, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 32.

Gehirn kommt wohl die bei den einzelnen Menschen verschiedene Widerstandsfähigkeit der jeweiligen Hirnteile in Betracht. Trotz aller Verschiedenheit ihrer klinischen Bilder wird man aber doch berechtigt sein, diese Geistesstörungen wegen ihrer gemeinsamen, rein exogenen Ätiologie, wegen des gleichen Verlaufes, des gleichen Ausganges und wahrscheinlich auch der gleichen histologischen Vorgänge als geschlossene Gruppe zu betrachten.

Es ergibt sich so die Sonderstellung dieser akuten (und chronischen) traumatischen Geistesstörungen gegenüber den ganz andersartigen endogenen Psychosen. Es sind rein exogene Krankheiten; auch der normalste Mensch aus gesündester Familie kann an solcher traumatischer Psychose erkranken. Es ist auch nicht sehr wahrscheinlich, daß ein hereditär belastetes Individuum bei einer allfälligen Hirnerschütterung mehr zu diesen posttraumatischen Geistesstörungen disponiert sein sollte, als ein Mensch aus gesunder Familie. Dagegen ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß bei akuter und chronischer Alkoholvergiftung und bei sonstigen Intoxikationen, bei Arteriosklerose des Gehirns eine *Commotio cerebri* leichter eine solche traumatische Psychose hervorruft und daß diese dann vielleicht eine längere Dauer und ungünstigere Prognose hat.

Wie die Durchsicht entsprechender chirurgischer Beobachtungen und Krankengeschichten bei *Commotio cerebri* lehrt, kommen Orientierungs- und andere Identifikationsstörungen, ferner aphasische Symptome als vorübergehende Zustände nach *Commotio cerebri* nicht selten vor; Zustände von Apathie sind hierbei offenbar häufiger, als solche von Erregtheit und Tobsucht, weshalb auch derartige Kranke seltener in psychiatrische Beobachtung gelangen. Würden bei allen Kranken, die nach Hirnerschütterung irgend welche psychische Symptome zeigen, genaue Intelligenzprüfungen vorgenommen, so würde man vielleicht viel häufiger Geistesstörungen vom obigen Typus — Geistesstörungen bei Herderscheinungen — finden. Dann wäre die weitere Folgerung zulässig, daß es, wie eine chronische, so auch eine akute posttraumatische Geistesstörung gibt, die zwar nicht das immer gleiche Krankheitsbild, aber gleiche Ätiologie, charakteristischen Verlauf und Ausgang hat, namentlich aber dadurch sich auszeichnet,

daß sie den Intelligenzdefekten (im engeren Sinne) und bestimmten, durch stationäre, meist doppelseitige Herderkrankungen des Gehirns hervorgerufenen Krankheitsbildern nahesteht.

Immerhin wird die Diagnose, abgesehen vom Verlauf, oft genug mit Bestimmtheit nur dann gestellt werden können, wenn eine *Commotio cerebri* gesichert, oder nach der Vorgeschichte und allfälligen äußeren Zeichen wenigstens wahrscheinlich ist, und wenn der Nachweis gelingt, daß die Individuen vorher gesund waren. Ähnliche in Betracht kommende Krankheitsbilder sind beobachtet worden nach Intoxikationen (Alkohol, Kohlenoxyd usw.), bei Epilepsie, nach Strangulation, interkurrent bei Paralyse, arteriosklerotischer Hirndegeneration und endlich durch allerhand spontan auftretende Herderkrankungen entsprechender Lokalisation (Blutung, Erweichung, Geschwulst).

Die Prognose quoad vitam hängt bei einer akuten transitorischen Geistesstörung nach Gehirnerschütterung von der Intensität der letzteren ab, d. h. in erster Linie vom Verhalten des verlängerten Markes und vom Sitz, Ausbreitung und Anzahl der begleitenden Kontusionsherde, Erweichungen und Blutungen im Gehirn. Hat der Kranke das soporöse und somnolente Stadium überstanden und bricht die Psychose aus, unter gleichzeitiger Besserung des körperlichen Zustandes, dann ist die Prognose bezüglich der Erhaltung des Lebens günstig, abgesehen selbstverständlich von unberechenbaren Ereignissen, wie traumatischer Spätapoplexie und verwandten Zuständen. — Ferner zeigen die obigen Krankengeschichten, daß auch bezüglich der völligen Wiederherstellung (bis auf die gelegentlich zurückbleibende, wenig störende retrograde Amnesie) die Aussichten gut sind, wie schon *Wille* betonte und neuerdings von *Bergmann* wieder hervorhob, bessere jedenfalls, als eine Anzahl Autoren annimmt, die jede posttraumatische Psychose in sekundären Schwachsinn übergehen lassen will. Besondere Beachtung verdient ferner die Tatsache, daß weder bei unseren Kranken, noch bei denen von *Wille* und von *Bergmann* der Hirnerschütterung und Psychose ein Zustand echter sogenannter traumatischer Neurose gefolgt ist — auch bei einer Beobachtung auf Jahre hinaus. -

Die Ausgänge einer akuten, nicht zu Tode führenden trau-

matischen Psychose können sein: Heilung ohne Defekt, bleibende Intelligenzdefekte, Charakterveränderungen und Demenzzustände aller Art, auch von progressivem Charakter und gelegentlich erst spät nach der Hirnerschütterung einsetzend. Ferner sind hier epileptische Erscheinungen zu erwähnen. Während bei einer Heilung ohne Defekt dauernde materielle Veränderungen im Gehirn nicht zu fehlen brauchen, bilden solche bei einer Heilung mit Defekt oder Übergang in Schwachsinn wohl die Regel. Es ergibt sich hieraus, daß auch nach Ablauf der akuten Psychose und bei scheinbarer Heilung später doch schwere und irreparable Krankheitszustände einsetzen können und daß die Prognose bezüglich der völligen Wiederherstellung der geistigen Gesundheit unsicherer ist als bezüglich der Erhaltung des Lebens.

Auch das Lebensalter spielt bei den Folgen der Gehirnerschütterung eine Rolle. Ein arteriosklerotisch oder senil verändertes Gehirn wird auf das gleiche Trauma stärker reagieren, als das Gehirn eines gesunden jungen Mannes. Speziell werden leichter Merkfähigkeitsdefekte eintreten, als bei jugendlichen Individuen, da ja das senile Gehirn ohnehin zur Verminderung oder Aufhebung der Merkfähigkeit neigt. Während aber Merkfähigkeitsstörungen im hohen Alter als Ereignis harmloserer Art betrachtet werden können, müssen sie bei Kindern die schwersten Folgen haben und zum Stehenbleiben der geistigen Entwicklung bzw. zum Schwachsinn führen.

Was endlich den *Korsakowschen* Symptomenkomplex betrifft, so ist von verschiedenen Autoren (*Mönkemöller*, *Bonhöffer*, *Meyer* und *Raecke*) hervorgehoben worden, daß nach seinem Auftreten auf eine geistige Gesundheit kaum mehr zu hoffen ist, daß ihm vielmehr immer schwere und nicht völlig reparable anatomische Veränderungen zugrunde liegen. Dies wird durch unsern Fall 5, in welchem das Bild des *Korsakowschen* Irreseins durch die Hirnerschütterung hervorgerufen wurde, nicht widerlegt; allerdings ist die Beobachtungsdauer für eine definitive Entscheidung noch viel zu kurz.

Herrn Professor Dr. *Rieger* spreche ich für die Überlassung der Krankengeschichten und Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Über Beerdigungsatteste bei Selbstmördern.

Von

W. Weygandt, Würzburg.

Zu den heikelsten Aufgaben psychiatrischer Begutachtung gehören die Fälle, in denen eine Untersuchung des in seiner psychischen Gesundheit angezweifelten Individuums nicht möglich ist. Eine solche Begutachtung lediglich auf Grund der Akten sollte ein gewissenhafter Arzt überhaupt unter allen Umständen ablehnen, wenn es sich um einen lebenden Exploranden handelt. Anders in Fällen, bei denen nach dem Tode ausgesagt werden muß, bei der Anfechtung früherer Willenshandlungen, so von Verträgen, Testamenten und dergl. Gewöhnlich sind es Zeugenaussagen, auf die der Gutachter angewiesen ist, ab und zu wohl auch Äußerungen von mehr oder oft weniger sachverständigen Ärzten, vereinzelt auch wohl ein Krankenjournal aus einer Irrenanstalt, das freilich aus einer anderen Zeit als der der fraglichen Handlung her stammt. Der scheinbar sicherste Angriffspunkt der Begutachtung läßt fast immer im Stiche, die Frage der Beschaffenheit des Hirns.

Manche Juristen haben in diesem Punkte, gegen sonstige Gepflogenheiten, eine allzu vertrauensvolle Hochachtung vor dem ärztlichen Können, indem sie es für ein Leichtes halten, aus dem Hirnbefund auf die geistige Beschaffenheit zurückzuschließen. So konnte ich erleben, daß in einem Prozeß über eine frühere Vertragshandlung einer vor 2 Jahren gestorbenen Greisin der Anwalt eine Exhumierung zum Zwecke der Gehirnuntersuchung beantragen wollte. Daß ein Sachverständiger in die Lage kommt, in einer Streitsache das korrekt konservierte Hirn nach allen Regeln der

Kunst histologisch zu untersuchen, gehört zu den allergrößten Seltenheiten. Über die wissenschaftlich kaum noch irgendwie gewürdigte Schwierigkeit eines Rückschlusses von dem Zustand des Hirns beim Tode auf die oft Monate oder noch länger zurückliegende Zeit des fraglichen Termins wollen wir hier gar nicht erst reden.

Eher kommt es vor, daß ein Sektionsprotokoll vorliegt. Freilich sind diese Darlegungen des makroskopischen Befundes schon von der Hand eines geübten Obduzenten nur schwierig zu verwenden. Handelt es sich aber, wie in der Regel, um wenig in der Hirnuntersuchung geübte Ärzte, so ist das Protokoll für gutachtliche Zwecke meist unbrauchbar.

In einem meiner Fälle war die Sektion 2 Tage nach dem Tode unter Mitwirkung eines früheren Irrenanstaltsdirektors vorgenommen worden, der das Protokoll im Beisein eines Arztes diktiert hat. Es handelt sich um einen 67^{1/2} Jahre alten Landwirt, der 4 Monate vorher einen später gerichtlich angefochtenen Vertrag geschlossen hatte, in den letzten Wochen des Lebens zweifellos geistig abnorm war, aber vereinzelt auch früher schon einige auffallende psychische Symptome dargeboten hatte. Das Protokoll der Hirnsektion lautete:

„Nach Eröffnung des Schädels zeigten sich sehr stark ausgeprägte Verwachsungen auf beiden Stirnlappen beiderseits des sulcus longitudinalis. Starke seröse Durchträngung der Oberfläche, rostfarbener Anflug beiderseits. Die Pacchionischen Granulationen links stärker angelötet als normal, die Vaskularisation ist auf der Pia sehr ausgeprägt; venöse Stauung. Starke milchige Trübung der Arachnoidea: Produkte einer veralteten Entzündung. Rostfarbene Vaskularisation in der linken Vordergrube und in der rechten Seitengrube sehr intensiv ausgesprochen.

Unbedeutendes Atherom der Basilargefäße. Milchige Trübung allenthalben sichtbar auf den beiden Hemisphären und der Arachnoidea. Die Konsistenz der Hirnmasse ist leicht zerreiblich und stark durchfeuchtet (Hydrämie). Die weiße Gehirns substanz hat einen starken Stich ins Gelbe; die Pia löst sich leicht ab. Residuen einer veralteten Entzündung infolge der hochgradigen Trübung und ausgeprägte Vaskularisation sind deutlich nachweisbar.

Das Kleinhirn zeigt verminderte Resistenz. Unterschied in der weißen Substanz (weißgelblich). Die Rindensubstanz ist bräunlich weiß; links ist die Färbung ausgeprägter als rechts.

Diagnose: veraltete Meningitis; Atrophia cerebri.“

In dem ersten Gutachten von seiten eines ausgezeichneten Hirnanatomen war ausgeführt, daß die Verwachsungen auf den Stirnlappen beiderseits des Sulcus longitudinalis belanglos sind, unter Hervorhebung, daß das Protokoll nicht erkennen lasse, ob es sich um Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach handle, die überhaupt keine wesentliche Bedeutung haben, oder um solche zwischen Hirnrinde und Pia, was bei einer senilen Erkrankung des Hirns, die hier allein in Frage stehe, kaum vorkomme. Die Zerreißlichkeit und starke Durchfeuchtung der Hirnsubstanz erklären sich als postmortale Veränderung. Wohl gebe das Protokoll genügende Anhaltspunkte dafür, daß N. N. geisteskrank war, dafür spreche die Pachymeningitis hämorrhagica (rostfarbene Auflagerung auf der Innenfläche der harten Hirnhaut), ein Ödem und eine Verdickung der weichen Hirnhaut, Atherom (Verkalkung) der Hirngefäße, Veränderungen, die man als Begleiterscheinungen eines Gehirnschwunds ansehen müsse. Da jedoch über die allerwichtigste und für die Beantwortung der gerichtlichen Frage bedeutungsvollste Sache, ob und in welchem Grade eine Atrophie der Hirnwindungen vorhanden war, nichts näheres in dem Protokoll, sondern nur am Ende unter der Diagnose „veraltete Meningitis. atrophia cerebri“ zu finden sei, erklärte der Gutachter den Schluß, daß der Verstorbene nach dem Hirnbefund schon länger als 4 Monate geisteskrank gewesen sein müsse, doch als unzulässig: das Gutachten kam somit zu einem negativen Ergebnis.

Nach Lage der Akten war ein anderes Resultat kaum zu erwarten. Ich glaubte mich bei der späteren Begutachtung nicht mit dem Grundsatz *quod non in actis, non in mundo* beruhigen zu dürfen, sondern ersuchte, da der betreffende Irrenanstaltsdirektor mittlerweile gestorben war, den Arzt, der der Sektion beigewohnt und damals Aufzeichnungen gemacht hatte, um eine Interpretation jener Schlußbemerkung des Protokolls „*atrophia cerebri*“, über die in dem eigentlichen Protokolltext nichts näheres enthalten war, so daß das erste Gutachten auf ihre Verwertung verzichtete, und machte natürlich gleichzeitig das Gericht auf die damit notwendig werdende Ergänzung der Zeugenaussagen aufmerksam. Der Arzt sagte jetzt bestimmt aus, daß die fragliche Schlußbemerkung des Protokolls durchaus begründet gewesen sei, da deutlich die Gyri

schmal, die Sulci vertieft und etwas verbreitert gewesen seien, was bei der Obduktion der betreffende Irrenanstaltsdirektor sehr schön demonstriert habe. Somit war die von dem Vorgutachter vermißte Angabe betr. der wichtigsten und bedeutungsvollsten Sache nachgeliefert, so daß auf Grund dieser nachgewiesenen Hirnatrophie unter Heranziehung aller übrigen Momente die Geisteskrankheit des Verstorbenen sehr wohl auf 4 Monate zurückdatiert werden durfte und die gerichtliche Frage im positiven Sinne beantwortet werden konnte.

Aber auch in Fällen, die keinen solchen Rückschluß auf einen länger zurückliegenden Zeitpunkt verlangen, kann die Verwertung des Sektionsbefundes oft recht schwierig sein, ja das Sektionsergebnis wird bei manchen Gelegenheiten in einer so mißlichen Weise niedergelegt, daß der spätere Gutachter geradezu irregeführt werden kann. Hierher sind die Fälle zu zählen, in denen jemand durch Suicid stirbt und nun von den Angehörigen eine Sektion gewünscht wird, in der Hoffnung, daß durch deren Ergebnis eine geistige Störung ärztlich bescheinigt werden könne, damit dadurch eine kirchliche Beerdigung des Selbstmörders ermöglicht werde. Derartige Sektionen werden gewöhnlich nicht einem psychiatrisch geschulten Spezialisten übertragen, doch auf einen jeden Zweifel überwindenden Nachweis kommt es ja auch nicht an. Mit der Bescheinigung, daß sich eine gewisse Wahrscheinlichkeit oder auch nur Möglichkeit für die Annahme einer geistigen Störung aus dem Hirnbefunde sowie aus dem früheren Leben ergibt, ist der Geistlichkeit ja in der Regel durchaus gedient. Wie soll es aber werden, wenn ein derartiges Zeugnis später als Material in einem Rechtsstreit dienen soll, bei dem es mit der Begutachtung auf Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit nicht gedient ist?

Eher als bei Vertrags- und Testamentsanfechtungen kann die Frage aktuell werden in Versicherungsangelegenheiten. Die meisten Lebensversicherungsgesellschaften haben die Bestimmung, daß die versicherte Summe verfallen ist bei dem Tode durch Selbstmord, es sei denn, daß die Tat im Zustande völliger Willensunfreiheit begangen wurde; in der Regel hat diese Klausel nur für die fünf ersten Jahre des Versicherungsvertrages Gültigkeit. Es besteht die Möglichkeit, daß jemand im Zustande der

Verzweiflung mit Suicidabsichten eine Versicherung eingeht, lediglich in der Absicht, durch seinen Selbstmord wenigstens den mittellosen Angehörigen eine hohe Summe zu verschaffen. Daß indessen jemand einen derartigen Plan auf die Dauer von fünf Jahren hinaus durchführen und so lange wenigstens Zahlung leisten werde, läßt sich nicht annehmen. Die Ausnahmebedingung, daß ein Selbstmord im Zustande völliger Willensunfreiheit hier nicht angerechnet wird, ergibt sich schon aus den Bestimmungen des Zivilrechts, bei uns aus § 104 und 105 B.G.B. Wie hier, so soll auch in dem Versicherungsfalle die Handlung, das wäre da eben der Selbstmord, als nichtig angesehen werden, wenn sie in einem Zustande des Ausschlusses der freien Willensbestimmung begangen ist. Leichtere psychische Beeinflussung kann darunter nicht verstanden sein, denn sonst wäre ja überhaupt die Versicherungsbestimmung zwecklos, da ja jeder Selbstmord in unsern Lebensverhältnissen wenigstens eine gewisse Erregung und somit eine besondere psychische Beeinflussung zur Voraussetzung hat. Auf das Vorkommen des Selbstmordes als eine gewohnheitsmäßige Institution bei fremden, z. B. ostasiatischen Völkern, brauchen wir hier nicht einzugehen.

Heller¹⁾ geht bei der Deutung seiner 300 Selbstmördersektionen etwas weit, indem er zu den 129 = 43% Fällen mit „starken, die Zurechnungsfähigkeit beeinträchtigenden“ Befunden neben den Fällen mit zweifelloser Geistesstörung, mit Alkoholismus und akuten fieberhaften Krankheiten auch die weiblichen Individuen zur Zeit von Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett zählt; übrigens spricht er ja nur von einer Beeinträchtigung, nicht einer Ausschließung der Zurechnungsfähigkeit. 8% seiner Fälle waren ohne Befund, 30,9% zeigten einen mäßigen oder starken Befund, der die Zurechnungsfähigkeit nicht beeinflusste, und bei 18% war die Beeinflussung möglich, aber nicht sicher.

Die Frage, ob ein Selbstmord im Zustande des Ausschlusses der freien Willensbestimmung im Sinne der Versicherungsvorschriften begangen wurde und inwieweit hierauf das zum Zwecke der kirchlichen Beerdigung ausgestellte Attest herangezogen werden

¹⁾ Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen. Münch. med. Woch. 1900, S. 1658.

kann, wurde aktuell in einem Falle, der auch nach anderer Richtung hin Aufsehen erregt hat.

Ende August vorigen Jahres ging durch die Zeitungen eine Notiz, daß auf einem Friedhofe verbrecherische Handlungen begangen worden seien, indem dort seit Jahren von Seiten des Personals Gräber und Gräfte reicher Leute geöffnet, die Zinksärge herausgenommen und an einem Altwarenhändler verkauft, die Leichen jedoch wieder in die Erde verscharrt worden seien. Der 1. städtische Leichenwärter X. wurde vom Dienste suspendiert und in Untersuchungshaft genommen. Die Gerüchte steigerten sich, es wurden immer mehr Klagen über den Betreffenden laut, der seit Jahren im Verkehr mit dem Publikum durch schroffes Auftreten unbeliebt geworden war und dazu durch Trinkgelder ein außerordentlich hohes Jahreseinkommen zu erzielen gewußt hatte. Zu einer definitiven Entscheidung gelangte indessen die Sache nicht, weil der Leichenwärter X. nach mehrwöchiger Haft im Untersuchungsgefängnis, bald nachdem sein Antrag auf Haftentlassung abgelehnt worden war, Selbstmord beging.

Die Sektion wurde von einem Professor der pathologischen Anatomie im Beisein zweier Ärzte, darunter eines Amtsarztes, vorgenommen. Ein Protokoll wurde nicht niedergeschrieben, jedoch stellte der Obduzent zum Zwecke der kirchlichen Beerdigung ein Attest aus, in dem ausgesagt war, daß sich Verdickungen und Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach in der Gegend des Stirnhirns fanden, ferner auch geringfügige Verwachsungen der großen Hirnspalte. Dann schloß das Attest mit den Worten: „Es kann nicht behauptet werden, daß diese Abnormitäten mit geistigen Störungen des Verlebten in keinerlei Zusammenhange stehen. Ein aufgeregtes Wesen hat er stets zur Schau getragen.“

Am folgenden Tage ließ sich die Frau des Verstorbenen von dem einen Arzte, der der Sektion beigewohnt hatte, noch ein besonderes Attest ausstellen, als ob auch sie hinsichtlich der Beerdigung ein beruhigendes Zeugnis in der Hand haben wollte. Es wurde ihr daraufhin bescheinigt, daß die Sektion außer Verfettung des rechten Herzens abnorme Verwachsungen der harten Hirnhaut an beiden Stirnlappen, sowohl an der Konvexität als an der

Schädelbasis, und geringfügige atheromatöse Entartung an der Basilararterie ergab. „Wenn nun auch dieser Befund,“ heißt es weiter, „charakteristische Symptome für das Vorhandensein einer bestimmten geistigen Erkrankung nicht ergeben hat, so kann eine solche nach den vorgefundenen krankhaften Veränderungen einzelner Teile des Gehirns auch nicht geradezu in Abrede gestellt werden, zumal selbst bei notorisch Geisteskranken der Hirnbefund oft völlig negativ ist.“ Nehme man hinzu, so schloß das Attest, daß X. sich wegen einer gegen ihn schwebenden Untersuchung in Haft und infolge dessen in hochgradiger Aufregung befand, ferner daß er nach dem Inhalt eines hinterlassenen Briefes in höchst auffallender, um nicht zu sagen unsinniger Weise über sein Gehirn verfügte, so dürfe man annehmen, daß er wenigstens in den letzten Stunden seines Lebens seiner Sinne nicht mehr mächtig war und daß in dem Momente, in welchem er Hand an sich legte, die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Dieses Zeugnis hält also nicht die rein negative Fassung des Obduktionsattestes ein, sondern es gibt, was ja immerhin seine Berechtigung hat, die Möglichkeit einer Geistesstörung direkt zu.

Die Beerdigung fand nun mit Innehaltung der kirchlichen Formen statt, freilich unter außergewöhnlichen Umständen. Eine große Menschenmenge drängte zum Friedhofe, äußerte ihre Entrüstung darüber, daß bei einem jener Verbrechen angeklagten Menschen trotz des Selbstmordes eine kirchliche Beerdigung stattfinde, und suchte die Handlung zu stören. Der Pfarrer suchte die Menge in einer Ansprache zu beruhigen und verlas die Zeugnisse. Nur mit großen Schwierigkeiten konnte in einer inneren, abgeschlossenen Abteilung des Friedhofes die Beerdigung zu Ende geführt werden.

Kurz darauf kam die Erinnerung an X. wieder zur Geltung bei einer Landgerichtsverhandlung zwischen einem Bildhauer und einer Bildhauerswitwe, die wegen der Konkurrenz in Feindschaft lebten. Die Witwe hatte ihren Konkurrenten beleidigt und war vom Schöffengerichte zu drei Mark Geldstrafe verurteilt worden, daraufhin erhob sie Widerklage gegen den Bildhauer, der das Gerücht ausgesprengt habe, sie pflege mit dem Leichenwärter X. intime Beziehungen und werde deshalb mit Aufträgen bevorzugt.

X. hatte vorher bereits geschworen, daß er den Vorwurf der Intimität zurückweise, die Frau habe vielmehr nur geschäftlich mit ihm verhandelt und jedesmal sei eines seiner Familienmitglieder dabei gewesen. Der Bildhauer wurde freigesprochen, da von ihm keine beleidigenden Äußerungen bezeugt waren.

Vier Wochen nach der Beerdigung hatte sich nun die Frau des X. abermals ein ärztliches Zeugnis ausstellen lassen, in dem es nun lautet, daß der in dem vorigen Zeugnisse niedergelegte Standpunkt dahin zu verstehen sei, daß der verlebte Leichenwärter X. bei der Begehung des Selbstmordes im Zustande völliger Unfreiheit des Willens gehandelt habe.

Ein teilweises Licht auf die Delikte fiel wenige Wochen später durch die Landgerichtsverhandlung gegen die Gehilfen, die Leichenwärter L. und Z. Wenn auch die Gerüchte nicht in vollem Umfange bestätigt werden konnten, so wurde wenigstens folgender Fall durch Zeugen eidlich sichergestellt: In einem Grabe waren vor einigen Jahren zwei Leichen beigesetzt worden, 1901 sollte noch eine dritte untergebracht werden. Nach den Friedhofsatzungen war das ausnahmsweise zulässig, doch nur in der Form, daß das ganze Grab tiefer gelegt wurde, bis über dem obersten der drei Särge noch eine 80 cm starke Erdschicht liegen konnte. Statt nun diesen Weg einzuschlagen, wurde der oberste der beiden Särge, ein Zinksarg, herausgegraben, die Leiche herausgenommen und neben das Grab hingelegt, dann wurde der untere, hölzerne Sarg geöffnet und die frei im Grabe liegende Leiche zu der bereits in dem Sarge befindlichen Leiche hineingesteckt. Darüber wurde nun Erde gehäuft und dann konnte die Beerdigung der dritten Leiche erfolgen. Der Zinksarg wurde bei einem Altwarenhändler zu sieben Pfennig das Pfund verkauft. Den Erlös behielten die Gehilfen, während X. sich die Gebühr von 12—14 Mark für das angebliche Tieferlegen des Grabes ausbezahlen ließ. Weiterhin wurden die beiden überführt, daß sie bei Umgrabungen Teile von Zinksärgen sich angeeignet und verkauft hatten. Der frühere Magistratsdezernent für das Friedhofswesen bekundete, daß er bei Übernahme seines Amtes schon vielfach Mißstände und Roheiten bemerkt habe, so die Herausnahme der oberen und unteren Sargenden, woraufhin die Särge zusammengedrückt wurden. Die beiden

Angeklagten wurden, offenbar mit Rücksicht darauf, daß sie als Untergebene von X. gehandelt hatten, mit nur je zwei Monaten Gefängnis bestraft.

Bald darauf entbrannte der Streit mit der Versicherung.

Zwei Ärzte, die bei der Obduktion anwesend waren, äußerten sich zugunsten der Annahme einer völligen Willensunfreiheit des X. bei Begehung des Selbstmordes; der damalige Obduzent selbst, Professor der pathologischen Anatomie, erklärte dagegen, er könnte auf Grund seiner Beobachtungen und Sektionserfahrung nicht bestätigen, daß X. geistesgestört war. Daraufhin wurde ich zu einer schriftlichen Begutachtung aufgefordert. Die Einzelheiten hinsichtlich des Materials, sowie die Grundlagen der Beweisführung ergeben sich aus dem Inhalte des Gutachtens, das hiermit im Wortlaut angeführt sein soll.

„Durch den Termin des Königl. Landgerichts vom 2. Januar 1904 in Sache der X. hier, Klägerin gegen die Lebensversicherungsgesellschaft C. zu K., Beklagte wegen Forderung, bin ich verpflichtet, ein schriftliches Gutachten darüber abzugeben, ob der Ehemann der Klägerin X. bei Begehung des Selbstmordes in einem Zustande völliger Unfreiheit des Willens gehandelt hat.

Der am 8. September 1903 hier als Untersuchungsgefangener durch Selbstmord verstorbene X war bei der Lebensversicherungsgesellschaft C. auf 2500 Mark versichert. § 4 lit. b der Versicherungsbedingungen besagt: „Die Verpflichtung der Gesellschaft zur Zahlung der versicherten Summe erlischt, wenn derjenige, auf dessen Leben die Versicherung abgeschlossen wurde, sich selbst das Leben genommen hat, es sei denn, daß er in einem Zustande völliger Unfreiheit des Willens gehandelt hat“.

Die Bestimmung in den Versicherungsbedingungen ist leicht ersichtlicher Weise begründet durch die Gefahr, daß sich etwa lebensüberdrüssige Personen zu hohen Summen versichern könnten, um bei Ausübung des Selbstmordes ihren Angehörigen einen bedeutenden Betrag zu verschaffen, wodurch natürlich die Gesellschaft auf das schwerste geschädigt und in häufigem Wiederholungsfalle ruiniert werden würde.

Der Fall, daß jemand in Geisteskrankheit Selbstmord begeht, ist als ein Ausnahmevermerk vorgesehen. Solche Ausnahmen kommen nicht eben selten vor, werden doch z. B. für das Jahr 1902 in der offiziellen Statistik des Königreichs Preußen 7217 Selbstmörder insgesamt aufgeführt, von denen 2024 als geisteskrank

bezeichnet sind; denkbar ist, daß auch noch ein Teil der übrigen Selbstmorde, als deren Motiv die Statistik Lebensüberdruß, Leidenschaft, Trauer, Kummer, Reue, Scham, Gewissensbisse angibt, im Banne geistiger Störung oder doch unter krankhaften Einflüssen und einer Verschiebung des seelischen Gleichgewichts begangen worden ist. Ganz leichte Abweichungen in dieser Hinsicht, so auch Einflüsse von erregtem Temperament, nervöser Abspannung, gesteigertem Affekt, spielen bei einer so außergewöhnlichen Tat, wie es der Selbstmord nun doch ist, zweifellos eine verbreitete, geradezu regelmäßige Rolle, indessen ist es ganz klar, daß solche psychisch leicht beeinflusste Selbstmörder keineswegs in jener Ausnahmebestimmung der Versicherungsgesellschaft mit einbegriffen sein können, weil eben jene sonst überhaupt illusorisch werden würde. Ausdrücklich ist daher in den Bestimmungen der Versicherungsgesellschaft für die Anerkennung des Ausnahmefalles der Zustand völliger Unfreiheit des Willens, nicht etwa einer bloßen krankhaften Beeinflussung der Willensbestimmung gefordert.

Handelte es sich nun bei X. zur Zeit des Selbstmordes um einen Zustand völliger Unfreiheit des Willens? Ehe wir uns an das Urteil heranwagen, müssen wir erst das Beweismaterial überblicken. Am 9. September 1903 wurde die Sektion des X. von Herrn Universitätsprofessor A. vorgenommen im Beisein der Herren Ärzte B. und C.

Damals wurde ein Protokoll über den Sektionsbefund nicht niedergeschrieben, sondern nur ein in der Sachverständigenausgabe von Dr. C. wiedergegebenes Attest wurde in Rücksicht auf die Frage der kirchlichen Beerdigung ausgestellt. Diesem Atteste sowie den Angaben der bisher vernommenen drei Sachverständigen läßt sich als auffallender Befund an der Leiche des X. folgendes entnehmen.

Es bestanden Verdickungen und Verwachsungen der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach im Bereiche des Stirnhirns, ferner geringfügige Verwachsungen der großen Hirnspalte. Eine weitere, mit dem bloßen Auge sichtbare Veränderung des Gehirns gegenüber der Norm ergab sich nicht. Nur in einem am 10. September 1903 auf den Privatwunsch der Frau X. ausgestellten Zeug-

nisse des Dr. B. findet sich noch die Bemerkung: geringfügige atheromatöse Entartung an der Basilararterie.

Dr. C. gibt ferner noch an, daß die Entfernung der Kopfhaut vom Schädeldach sehr erschwert war. und Dr. B. betont weiterhin, daß das Herz und der Herzmuskel starke Fettbildungen zeigte.

Die Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach findet sich sehr häufig bei Personen aller Art, darunter auch bei solchen, die an Geisteskrankheit, Alkoholismus, herannahendem Alter, körperlichem Verfall gelitten haben, doch auch bei sehr vielen Menschen, die geistig immer vollständig normal gewesen sind. Ich kann mich daher nur mit allem Nachdruck der Sachverständigenaussage des Herrn Professors A anschließen, daß derartige Verwachsungen sehr oft auch bei solchen Personen vorkommen, die während des Lebens nicht die geringsten geistigen Störungen gezeigt haben. Dieser Befund beweist somit gar nichts.

Ähnlich verhält es sich mit der atheromatösen Entartung an der Basilararterie, die in dem Zeugnisse vom 10. September 1903 selbst als geringfügig bezeichnet wird. Es findet sich manchmal sogar sehr hochgradige atheromatöse Entartung (Verkalkung oder Verhärtung) zahlreicher Hirnarterien, selbst in dem Grade, daß nach einem Schnitt durch das Hirn die durchschnittenen Arterien wie starre Röhren die Schnittfläche überragen, bei der Sektion von Menschen, die zu ihren Lebzeiten auch nicht den geringsten Anlaß zu Zweifeln an ihrer geistigen Gesundheit gegeben haben.

Die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten ist erst soweit vorgeschritten, daß nur für einige Krankheitsformen, so die progressive Paralyse oder Gehirnerweichung, den Altersblödsinn und die Idiotie der Sektionsbefund vielfach direkt einen Rückschluß auf die betreffende Art geistiger Störung erlaubt. Diese Störungen sind in unserem Falle auf den ersten Blick auszuschließen. Bei anderen Geistesstörungen läßt die Sektion für das bloße Auge einen eindeutigen Befund vermissen. Gerade eine Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach ist bei manchen Krankheiten, wie der progressiven Paralyse, eigentlich selten. Bei chronischem Alkoholismus findet sie sich gelegentlich, aber keineswegs immer, ebenso verhält es sich beim Säuerwahn, dem Delirium tremens. Wenn angesichts dessen aus dem Fehlen

sonstiger, dem bloßen Auge zugänglicher Veränderungen im Hirn eine Geisteskrankheit niemals ausgeschlossen werden kann, so besteht doch noch viel weniger Berechtigung, eine solche anzunehmen, wenn es sich lediglich um die erwähnten belanglosen Befunde der Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädeldach und der geringfügigen Arterienverhärtung handelt.

Die übrigen bei der Sektion hervorgehobenen Befunde, daß die Kopfhaut sich vom Schädeldach schwer abziehen ließ und daß das Herz und die Herzmuskeln starke Fettbildungen zeigten, sind für die Beschaffenheit des Hirns völlig irrelevant. Die Kopfhaut läßt sich bald leicht, bald schwer vom Schädeldach abziehen, ohne daß daraus auch nur der Schatten einer Vermutung über die Beschaffenheit der Organe unter dem Schädeldach, des Gehirns, worauf es hier allein ankommt, möglich wäre. Herzverfettung ist bei Personen im mittleren Lebensalter, die sich reichlicher Nahrungszufuhr zu erfreuen hatten, etwas ganz gewöhnliches. Wollte man daraus auf Zirkulationsstörungen im Hirn und konsequente geistige Alteration schließen, so könnte man bei einer reichlich Bier trinkenden Bevölkerung wie z. B. in München die überwiegende Majorität der Einwohner in ihrer geistigen Verfassung anzweifeln.

Der Versuch, aus den vorliegenden Angaben über den Sektionsbefund eine krankhafte Veränderung des geistigen Zustands des Verstorbenen zu erschließen, muß als völlig unbegründet auf das Entschiedenste zurückgewiesen werden. Auf bloße Vermutungen über hypothetische Zusammenhänge kann sich das Gutachten nicht einlassen, sondern es muß sich an die Erfahrungen halten, welche die Wissenschaft auf jenem Spezialgebiete der Beziehungen zwischen Hirnveränderung und geistiger Störung bisher zutage gefördert hat. Unsere ablehnende Stellung muß und wird daher jeder Spezialist auf diesem Gebiete teilen. Als solche Spezialfachmänner sind in dieser Frage lediglich pathologische Anatomen und Psychiater anzusehen. Der einzige bisher vernommene Spezialist, Professor A. als pathologischer Anatom, ist daher auch zu demselben ablehnenden Resultat hinsichtlich der Verwertung des Hirnbefundes bei X. gekommen.

Die zweite Frage wäre die, ob sich aus den Beobachtungen

an X. zu seinen Lebzeiten, wenn möglich unter Bezugnahme auf den Sektionsbefund, die Annahme rechtfertigt, daß er den Selbstmord in einem Zustande völliger Unfreiheit des Willens begangen habe. In dieser Hinsicht sind zwei Momente betont worden.

Alle drei Gutachter sagen aus, daß X. ein aufgeregter Mensch war. Während er, wie von Dr. B. und Dr. C. bekundet wird, bei Vorhaltungen von seiten Vorgesetzter Neigung zu Tränen zeigte, war er nach Angabe von Dr. C. und Professor A. vor allem dem Publikum gegenüber barsch und herrisch. Letztere Wahrnehmung konnte ich bei den einzelnen Gelegenheiten, die mich mit X. zusammenführten, ebenfalls machen.

Um sich zu vergewissern, daß ein aufgeregter Mensch noch lange kein Geisteskranker ist, dazu braucht der Laie nicht erst an den Sachverständigen zu appellieren. Wenn alle aufgeregten, ihren Untergebenen gegenüber herrischen und den Vorgesetzten gegenüber demütigen Menschen als Irre behandelt werden müßten, dann würde eine Vermehrung unserer Irrenanstalten auf das 10fache nicht ausreichen. Je lebhafter, erregter und wechselvoller ein Naturell ist, um so leichter kann der Entschluß zum Selbstmord gefaßt werden. Phlegmatiker pflegen überhaupt keinen Selbstmord zu begehen. Das aufgeregte oder, wenn man sich so ausdrücken will, das nervöse Temperament des X. hat die Motive zum Selbstmord wohl beeinflußt, kann aber nimmer einen krankhaften Zwang zum Selbstmord oder einen Zustand völliger Unfreiheit des Willens bedingen. Daß auf diesem Wege der Nachweis nicht zu führen ist, wird ja auch von Seiten früherer Sachverständiger zugegeben, indem Dr. B. erklärt, daß er den X. 2—3 Wochen vor seinem Tode im Gefängnis gesprochen habe und ihn damals nicht für unzurechnungsfähig halten konnte.

Der zweite Punkt beruht in dem von einem der Ärzte gesehenen Brief des X., der darin wünscht, daß der Amtsarzt mit Herrn Dr. C. die Sektion der Leiche vornehmen möge und daß das Kleinhirn in einem Glasgefäße aufbewahrt mitgegeben werden solle, weil man nicht wisse, für was es gut sei. Der eine Sachverständige schließt daraus, daß X. mindestens von dem Momente ab, wo er diesen Brief schrieb, nicht mehr seine Willensfreiheit besessen habe, weil seiner Ansicht nach X. aus seiner

Erfahrung wissen mußte, daß es sich bei Beurteilung von geistigen Zuständen viel mehr um den Befund in den Großhirnhälften und Hirnzentren handle, als um den Befund des Kleinhirns.

Die Bestimmung jenes Briefes über das Kleinhirn ist etwas Absonderliches, jedoch würde die Verfügung über Gehirnteile bei jedem andern Menschen mehr auffallen als bei X., der doch als langjähriger Leichenwärter dem menschlichen Körper mit anderem Gefühl gegenüberstand als gewöhnliche Menschen. Auffallende Bestimmungen kommen in zahlreichen Testamenten vor, ohne daß dadurch allein die Handhabe gegeben wäre, auf eine Geistesstörung des Erblassers zurückzuschließen und eine Annullierung des Testamentes herbeizuführen. Die Tatsache, daß X. an die Konservierung von Hirnteilen dachte, läßt sich eher für die Annahme verwerten, er habe seinen Selbstmord nicht ohne reife Überlegung begangen.

Die Ansicht, daß X. aus seiner Erfahrung wissen mußte, daß es sich bei der Frage nach der geistigen Gesundheit viel mehr um den Befund in den Großhirnhälften und Hirnzentren handle als um den Befund des Kleinhirns, wird so leicht kein Gutachter teilen. Die Verwertung des Hirnbefundes für die Diagnose von Geisteskrankheiten hat, wie oben schon angedeutet, bei dem heutigen Stand der Wissenschaft noch mit vielen Schwierigkeiten zu rechnen. Es wäre erfreulich, wenn heutzutage jeder Kandidat der Medizin, der in das Staatsexamen geht, genau Bescheid wüßte, auf was es dabei am meisten ankommt, auf die graue Großhirnrinde und daneben auf die weichen Hirnhäute. Tatsächlich sind die jungen Mediziner hierüber noch recht vielfach im Unklaren. Die Anatomiediener und die Diener des pathologischen Instituts, die am leichtesten Gelegenheit hätten, sich über jene Fragen zu informieren, sind, wovon ich mich noch eigens überzeugt habe, sicher nicht imstande, die Bedeutung des Großhirns und Kleinhirns in dieser Hinsicht auseinanderzuhalten. Es kann sogar darauf verwiesen werden, daß sich gerade das Kleinhirn in den Kreisen der Laien und Halbgebildeten vielfach einer gewissen Popularität erfreut und dabei im Anschluß an die in früherer Zeit weit verbreitete Gallsche Schädellehre gerne mit der Fähigkeit der Geschlechtsfunktion in Beziehung gebracht wird; vielleicht ist gerade

hierbei die Erinnerung zulässig, daß X. auch in eine Untersuchung wegen einer gerade die geschlechtlichen Verhältnisse berührenden Angelegenheit verwickelt gewesen war (vgl. S. 558, 559).

Jedenfalls besteht nicht die geringste Handhabe, aus der Bevorzugung des Kleinhirns von Seiten des X. irgend welche Schlüsse für oder gegen seine geistige Intaktheit zu ziehen. Mit großer Bestimmtheit hat daher auch der Sachverständige Prof. A. sich dahin ausgesprochen, daß X. nach seiner Überzeugung nicht imstande war, einen Unterschied zwischen der Funktion des großen und kleinen Gehirns zu machen, und weiterhin konnte er darauf hinweisen, daß ja X. bei der Vornahme der eigentlichen Sektionen zumeist gar nicht zugegen war und auch sein Dienst es ihm nicht erlaubt hätte, stundenlang bei einer Sektion dazustehen. In dieser Frage ist gerade der erwähnte Sachverständige, Prof. A., als der kompetenteste Beurteiler anzusehen, sowohl wegen seiner Eigenschaft als Spezialist auf dem Gebiete der Sektionen, als auch weil er am längsten von allen Sachverständigen mit X. dienstlich zu tun hatte, nämlich etwa seit 1893, und auch wohl am intensivsten, insoferne er jährlich mehrere hunderte von Sektionen, also nahezu täglich eine Sektion der dem X. unterstellten Leichen zu besorgen hatte.

Es läßt sich also aus all diesen verschiedenen klinischen und anatomischen Momenten nichts weiter entnehmen, als daß X. kein geradezu kerngesunder, völlig normaler und ideal beanlagter und gebauter Mensch gewesen ist, sondern daß, wie bei so vielen ungezählten Tausenden, auch bei ihm geringfügige Variationen von dem Durchschnittsmaß zu finden waren. Das ist noch himmelweit verschieden von einem Zustande völliger Unfreiheit des Willens. Soweit sich überhaupt die Motive eines Selbstmordes übersehen lassen, ist bei X., der in der Untersuchungshaft saß, eine (vielleicht nicht allzu strenge Strafe) zu erwarten hatte und jedenfalls die Enthebung von seiner bisherigen, sehr einkömmlichen Stellung voraussah, der Selbstmord ebenso hinreichend motiviert, wie wir es überhaupt bei den meisten Selbstmördern zu finden pflegen. Die ganze Frage hätte nicht in dieser Ausdehnung aufgerollt werden können, wenn nicht anläßlich des kirchlichen Begräbnisses der Selbstmord des X. als eine ohne

Überlegung, in geistiger Umnachtung vollbrachte Tat hingestellt worden wäre.

Das mit Rücksicht auf die Frage der kirchlichen Beerdigung des X. von Professor A. abgefaßte und von Dr. C. bestätigte Attest hatte in seiner negativen Fassung der Geistlichkeit genügt, ohne daß es der ärztlichen Deutung des Falles etwas präjudiziert hätte. Es entspricht durchaus den ärztlichen Gepflogenheiten, daß in solchen Attesten jede, wenn auch fern liegende Möglichkeit eines Schlusses auf Geistesstörung betont wird. Eine so vorsichtige, höchstens zu Vermutungen berechtigende Formulierung pflegt ja auch zu genügen für eine humane Entscheidung der Geistlichkeit in der Frage des kirchlichen Begräbnisses, dessen Gewährung für die Hinterbliebenen eine Wohltat, für keinen Menschen jedoch eine direkte Benachteiligung bedeutet.

Etwas anderes ist es jedoch, wenn es sich um einen Rechtsstreit handelt, in dem die Entscheidung, wie immer sie ausfallen möge, mit dem Vorteil der einen Partei den Nachteil der andern einschließt. In diesem jetzt vorliegenden Falle ist kein Spielraum für eine weitherzige Deutung des Sektionsbefundes und für bloße Vermutungen und Spekulationen über die während des Lebens und bei der Sektion festgestellten Tatsachen gegeben, sondern es muß der strikte Beweis geliefert werden, daß das Verhalten des X. vor dem Tode auf eine Geisteskrankheit schließen läßt oder daß das Hirn derart verändert war, daß sein Träger zweifellos geisteskrank gewesen sein muß, und zwar in einem so erheblichen Grade, daß dadurch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist. Dieser Beweis ist aus dem vorliegenden Material durchaus nicht zu erbringen. Kein pathologischer Anatom und kein Psychiater darf und wird sich darauf verstehen, aus den geringfügigen Anhaltspunkten eine Geisteskrankheit zu konstruieren. Eine schwere Geistesstörung mit dem Zustande völliger Unfreiheit des Willens müßte nachgewiesen werden, nicht etwa nur eine leichte Abweichung aus dem seelischen Gleichgewicht, eine Sonderlingsnatur, eine aufgeregte Persönlichkeit, denn derartige Merkmale einer geringfügigen geistigen Beeinflussung weist ja jeder Selbstmörder auf; auf solche leichteren Symptome darf es hier nicht ankommen, denn da sie bei jedem Selbstmörder vorkommen,

würde mit ihrer Verwertung ja die ganze Bestimmung des § 4 lit. b der Versicherungsbedingungen überhaupt gegenstandslos. Suchen wir nach Merkmalen und zuverlässigen Anzeichen für eine zweifellose, einen Zustand völliger Unfreiheit des Willens bedingende geistige Störung, so muß von den wenigen auffallenden Momenten bei X. unter kritischer Betrachtung jeder einzelne in nichts zerfallen. Aus jenen brüchigen Bausteinen läßt sich schlechterdings der geforderte Beweis nicht aufbauen. Alles spricht vielmehr dafür, daß X. seinen Selbstmord in einem Zustande begangen hat, der durchaus noch in die Breite des Normalen fällt.

Die gerichtlicherseits an mich gestellte Frage, ob der Ehemann der Klägerin X. bei Begehung des Selbstmordes in einem Zustande völliger Unfreiheit des Willens gehandelt habe, muß ich daher mit einem entschiedenen nein beantworten.“ —

Es ist kein langer Kommentar hinzuzufügen. Daß mit den angeführten pathologisch-anatomischen Anhaltspunkten nichts zu erreichen ist, brauche ich vor Fachleuten nicht erst zu erörtern. Die klinischen Argumente zu gunsten einer Annahme der Willensunfreiheit bei X. sind noch fadenscheiniger. Jene Annahme eines Gutachters, der X. hätte wissen müssen, daß es bei Beurteilung von Geistesstörungen nicht auf das Kleinhirn, sondern auf die Großhirnhälften und die Hirnzentren ankomme, wird schwerlich noch ein weiterer Sachverständiger teilen. Ich brauche nicht erst zu betonen, daß die Wendung von „den Großhirnhälften und den Hirncentren“ nur dafür spricht, wie wenig es selbst erfahrenen Ärzten geläufig ist, worauf es bei der Sektion psychisch zweifelhafter Individuen ankommt. Die Hirnzentren haben ja für die Diagnose gerade so viel oder so wenig Bedeutung wie das Kleinhirn. Ausschlaggebend ist die Großhirnrinde, sekundär wichtig bleibt noch der Befund an der Pia. Übrigens wurde die Probe auf die Unkenntnis der Laien hinsichtlich jener Verhältnisse, selbst wenn ihnen Informationsgelegenheit geboten wäre, alsbald vorgenommen durch Befragen der Diener des pathologischen Institutes, die aber über jene Punkte durchaus nicht Bescheid wußten.

Nicht um hier die Frage der anatomischen Diagnose geistiger

Störungen aufzurollen, wurde dieser Fall eingehend geschildert. Bei dem heutigen Stand unseres Wissens ist die Möglichkeit einer zuverlässigen anatomischen Diagnose meist gegeben bei Paralyse, seniler Demenz und Idiotie. Dazu gehört aber immerhin eine sorgfältige Obduktion und wenn irgend möglich, die exakte histologische Untersuchung von gut konserviertem Material. Durch die Formolfixierung ist die Konservierung heutzutage ja außerordentlich erleichtert. Immerhin wird auf diesem Weg eine solche Angelegenheit noch recht selten zu erledigen sein. Etwas anderes ist es, wenn es sich darum handelt, nicht den strikten Nachweis für eine Psychose zu führen, sondern die Möglichkeit einer psychischen Abnormität zu bezeugen. Mag es auch nicht gerade so gehen, daß man bei gutem Willen immer etwas findet, so ist doch wenigstens eine kleine Abweichung von dem ganz normalen Befunde nicht schwer festzustellen. Will man jedoch hier den Verdacht auf eine *pia fraus* ganz ausschließen, so möge man in der für den Zweck der kirchlichen Beerdigung bestimmten Bescheinigung sich wenigstens vorsichtig fassen. Zweifellos geht in diesem Punkte manches Attest viel zu weit. Mag auch ein Konflikt wie in unserm Falle nicht häufig sein, so liegt er doch durchaus im Bereiche der Möglichkeit und kann dann sehr leicht zu einer Herabminderung des Ansehens der Ärzte führen, die bald nach dem Tode geistige Krankheit und hinterher im Prozesse geistige Gesundheit bestätigen wollen. Es ist angesichts dieser Gefahr dringend anzuraten, sich in jenen Beerdigungsattesten von Selbstmördern möglichst mit einer negativen Wendung zu behelfen. Was in dem Befund etwa von dem absolut normalen Zustand abweicht, Duraverwachsungen, Arteriosklerose, Piatrübung, Pacchionische Granulationen, Assymmetrien, auch kleine Herde, das soll natürlich ruhig registriert werden, in der Schlußfolgerung aber äußere man sich etwa so: „ dadurch ist die Annahme ermöglicht, daß X. geistesgestört war“, oder „ somit bleibt die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß“ Ein apodiktischer Schluß in zweifelhaften Fällen jedoch sollte nicht gezogen werden, denn er schließt durchaus eine Gefahr hinsichtlich späterer Rechtsstreite wie auch des Ansehens der ärztlichen Tätigkeit mit ein.

Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen.

II. Die Grundsätze der Schwachsinnigenerziehung in der Landesanstalt Großhennersdorf i. Sa.

Von

Dr. Meltzer, Anstaltsarzt in Großhennersdorf.

Die Erziehungsprinzipien der beiden Landesanstalten Nossen (Mädchen) und Großhennersdorf (Knaben) sind im allgemeinen dieselben, besonders hinsichtlich der schulischen und allgemeinen Ausbildung der Kinder; bei der Heranbildung zu einer Erwerbsfähigkeit kommen dagegen bei Mädchen natürlich andere Gesichtspunkte in Betracht. Sie werden mehr in häuslichen Arbeiten, im Waschen, Nähen, Kleider ausbessern u. a. unterwiesen. Im folgenden beschränke ich mich auf die Erläuterung der Erziehungsgrundsätze, wie sie sich mir im Laufe meiner amtlichen Tätigkeit in der Anstalt Großhennersdorf dargestellt haben.

Vorher ist es jedoch nötig, einmal kurz das hier zur Aufnahme kommende Material zu skizzieren. Es befinden sich darunter alle Grade von der tiefsten Idiotie bis zum leichtesten Schwachsinn. Kinder mit dem leichtesten Grade des Schwachsinns sind zurzeit nur in geringer Zahl in der Anstalt. Der größte Teil dieser geistig nur etwas zurück gebliebenen Kinder, denen es namentlich in der Schule und dort wieder besonders im Rechnen schwer fällt mit ihren Mitschülern fortzukommen, wird den Hilfsschulen oder -klassen übergeben. Bestehen doch solche fast in allen größeren und mittleren Städten, ja auch den volkreicheren Dörfern des Königreich Sachsens, das mit der Gründung der ersten Hilfsschule im Jahre 1868 in Dresden bahnbrechend voranging. In diesen Hilfsschulen erhalten die Kinder eine ganz ähnliche unterrichtliche Ausbildung, zum Teil nach denselben

Methoden wie diejenigen Zöglinge, die die hiesige Anstaltsschule besuchen. Solche nur schwachbegabte Schüler bekommt die Anstalt also nur aus solchen kleineren Gemeinden, die keine Hilfsklassen besitzen, und auch aus diesen selten, weil diese Kinder bei der großen Zahl der Schüler in einer Klasse und der im umgekehrten Verhältnis dazu stehenden Zahl der Lehrer erst spät durch ihr Zurückbleiben auffallen; vielfach werden sie trotz mangelhafter Schulkenntnisse ihres Alters wegen in eine höhere Klasse versetzt und so bis zur Konfirmation mitgeschleppt. Werden auf Treiben des Lehrers oder der Schulbehörde doch endlich von seiten der Gemeinde Schritte ergriffen, diese den Fortschritt der übrigen nur hemmenden Kinder in geeigneterer Weise unterzubringen, so ist meist der günstigste Zeitpunkt für die Aufnahme in der Anstalt verstrichen. Solche Kinder im 12. bis 13. Jahre, die einige Jahre früher biegsameres Material gewesen wären, sind abgestumpft und teilnahmlös geworden; in der Schule ist ihnen schon lange keine Beachtung mehr geschenkt worden; sie brauchten nicht aufzumerken, daher haben sie sich auch abgewöhnt, dem Unterricht zu folgen und überhaupt zu denken; dafür haben sie oft allerlei üble Angewohnheiten angenommen; vielfach sind sie auch moralisch verkümmert, denn sie stehen geistig nicht so tief, daß nicht die Lust zum Bösen und die Nachahmung des Schlechten, das sie in ihrer täglichen Umgebung sehen, eine Stätte in ihnen fände. In der Anstalt sind sie ebenfalls ein Hemmschuh. Für die Klassen der jüngeren Kinder sind sie zu groß und zu alt, für die der fortgeschrittenen geistig zu sehr zurück geblieben; es fehlt ihnen der Unterbau. Ihre Aufmerksamkeit, ihr Denken ist nicht mehr recht anzuregen; sie sind zu vergleichen mit dement gewordenen Geisteskranken, die ihre akute Psychose draußen in mangelhafter Pflege durchgemacht haben, während sie in geeigneter anstaltlicher Behandlung geheilt worden wären. Sie können oft nur einige ausgelesene Stunden der oberen Anstaltsklassen besuchen; meist werden sie bald einer Arbeiterabteilung zugeteilt. Doch werden sie auch dort im besten Falle nur zu mittleren Leistungen gebracht. Das rechte Verständnis für die Arbeit, Ausdauer und Lust zur Arbeit kann ihnen nicht mehr eingepflanzt werden.

Werden dagegen solche Kinder rechtzeitig, d. h. im 7. bis 9. Lebensjahr zur Anstalt gebracht, so sind sie natürlich das dankbarste Material, das mit Sicherheit zur Erwerbsfähigkeit herangebildet wird.

Häufiger als diese Art nur schlechtbegabter Kinder (I. Gruppe) kommen solche zur Aufnahme, bei denen man von Schulkenntnissen überhaupt nicht eigentlich mehr reden kann. Sie haben ja vielleicht in ein bis zwei Schuljahren ein paar Buchstaben und Ziffern schreiben, d. h. nachmalen, seltener lesen gelernt; sonst ist aber bei ihnen nichts haften geblieben. Meist sind sie immer wieder vom Schulbesuch zurückgewiesen worden, weil sie den Unterricht in der mannigfachsten Weise gestört oder eine bedauernswerte Indolenz gezeigt haben. Auch in der Hilfsschule kommen sie nur schwer vorwärts. In der Familie und im Haus haben sie dagegen manche allgemeine Kenntnisse erworben; sie finden sich im Hause, auch in dessen nächster Umgebung zurecht; sie kennen die gewöhnlichen Gebrauchsgegenstände und deren Eigenschaften wie ihre Verwendung; aber diese Kenntnisse sind, so wie man näher zusieht, höchst oberflächlich. Es sind ihnen wohl eine ganze Reihe Vorstellungen geläufig geworden, die, wenn die adäquaten Empfindungen erneuert werden, Erinnerungsbilder wecken; diese Erinnerungsbilder haben sich aber nicht zu einem Erfahrungsinhalt vertieft. Daher kommt es, daß sie, wenn sie nach ganz einfachen Dingen gefragt werden, ohne sie vor sich zu sehen, keine oder nur ganz ungenügende Auskunft geben können. Ein normales Kind von drei bis vier Jahren giebt, wenn es unbefangenes ist, meist bessere Antworten auf einfach gestellte Fragen. Auch in der Entwicklung der Sprache ist es mit normalen Kindern dieses Alters zu vergleichen. Die Sprache ist meist wenig entwickelt, stammelnd. Gedächtnis, Aufmerksamkeits- und Auffassungsvermögen sind auffallend schwach. (II. Gruppe.)

Einer dritten Gruppe von Kindern, die am häufigsten der Anstalt zugeführt wird, fehlen auch solche allgemeine Kenntnisse, wie sie das normale Kind schon früh erwirbt. Kinder dieser Art kennen die Gegenstände nur schattenhaft; sie wissen nichts über deren Eigenschaften und Verwendung, können sie im Bilde und ihrer Form nach nicht unterscheiden; der Begriff der Einheit und

Mehrheit ist ihnen meist ganz fremd. Sie kennen oft ihre Körperteile nicht; sie können sich nicht an- und ausziehen, nicht waschen, ja sich oft nur schwer beim Essen selbst behelfen. Ihre Sprache ist ganz unentwickelt. Die spontanen Äußerungen erinnern zuweilen an die Sprechversuche eines ein- bis zweijährigen normalen Kindes; sie sprechen meist in Infinitiven; der Ichbegriff hat sich noch nicht herausgebildet. Wer nicht in der Schwachsinnigenpraxis erfahren ist, wird diese Kinder für bildungsunfähig halten, um so mehr, als sie zu einem großen Teil in ihrem Äußern dem Vollidioten sehr ähneln.

Doch unterscheiden sie sich von diesem noch durch Reste von Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Wenn es gelingt, ihre Aufmerksamkeit zu fixieren, ahmen sie nach, was man ihnen vormacht; sie merken, wenn ihnen etwas wiederholt und eindringlich gesagt worden ist. Wenn sie auch oft über die Maßen, die einen apathisch, die anderen erethisch sind, so ist ihr Gebahren doch noch nicht so zweck- und ziellos, wie das der kleinen gänzlich bildungsunfähigen Idioten, die alles betastend, alles beschmutzend umherschließen, keine Gefahr kennen, nur brummende oder grunzende Töne ausstoßen oder ganz apathisch dahocken und nur zuweilen in schaukelnde stereotype Bewegungen verfallen.

Diese letzte Art Kinder (IV. Gruppe) kommt, wie schon im I. Teil erwähnt, zurzeit nur selten hier zur Aufnahme.

Zwischen diesen vier von mir zur Erläuterung des Folgenden geschiedenen Gruppen gibt es natürlich zahlreiche Übergänge. Außerdem faßt jede Gruppe wieder große und kleine, verkrüppelte, gelähmte und mit besonderen Gebrechen (Hörstummheit, Taubstummheit, Speichelfluß) behaftete Kinder.

Der Verschiedenartigkeit dieses Materiales wird nun durch eine weitgehende Differenzierung der Abteilungen Rechnung getragen. Die Mehrzahl dieser Abteilungen hat nur 12—15 Kinder, weil bei einer solch kleinen Anzahl sich der Lehrer und das Pflegepersonal intensiver mit dem einzelnen Individuum beschäftigen können. Eine größere Zahl fassen nur die Abteilungen der älteren, der Anstaltsschule entwachsenen Zöglinge. Es bestehen in der Anstalt vier sogenannte Vorschulabteilungen, sechs Schulklassen, drei Abschiebe- oder Aushilfsabteilungen und vier Ar-

beiterabteilungen (Korbmacher, Rohrweber und Rohrstuhlflechter, Feld- und Gartenarbeiter, Hausarbeiter) und eine Station für kleine, gänzlich bildungsunfähige Zöglinge.

In dieser letztgenannten Abteilung legt man das Hauptgewicht darauf, die Kinder zur Reinlichkeit beim Essen und der Verrichtung ihrer Bedürfnisse anzuhalten und sie im übrigen, soweit dies überhaupt möglich ist, mit geeigneten Spielsachen zu unterhalten und dadurch die Erregten wenigstens zu zeitweiligem Stillsitzen zu gewöhnen. Während der wärmeren Jahreszeit sind sie bei günstigem Wetter einen großen Teil des Tages im Freien. Man muß sich bei ihnen oft damit begnügen, wenn erreicht wird, daß sie ihre übelsten Triebe und Gewohnheiten ablegen und daß sie im Falle der Entlassung zu ihren Angehörigen dann doch nicht mehr so viel Pflege und Abwartung bedürfen, wie vor ihrer Aufnahme in die Anstalt. Bei vielen Idioten werden freilich auch diese einfachsten Erziehungsergebnisse nicht erzielt.

Was nun die Vorschul- und Schulabteilungen anbetrifft, so gelten in ihnen für die Erziehung folgende allgemeine Grundsätze:

Jeder zur Aufnahme gelangende Zögling, der sich nicht sofort als gänzlich bildungsunfähig herausstellt, wird derjenigen Vorschul- oder Schulklasse zugeteilt, für die er sich nach seiner geistigen Beschaffenheit am besten eignet. Das Alter spielt dabei eine ganz sekundäre Rolle. Es gibt 13—14jährige Zöglinge, die noch in den untersten Vorschulklassen sitzen, und wiederum viel jüngere, die schon die Schulklassen besuchen.

Ziel der Anstalt ist es, jedem einzelnen das Maß allgemeiner Kenntnisse zu verschaffen, das er nach seiner ganzen Anlage und nach den in ihm vorhandenen intellektuellen Dispositionen überhaupt im günstigsten Falle erwerben kann. Sie will ihn weiter möglichst zu einem brauchbaren Menschen erziehen, der Kraft, Lust und Ausdauer zur Leistung einer ihm übertragenen Arbeit hat, der sich im Außenleben gesittet beträgt und nicht jeder Verführung zum Schlechten anheimfällt. Nicht ihr Zweck ist es, ihn auf eine einzelne Handfertigkeit zu trainieren oder ihn mit Schulweisheit vollzupropfen. Die Anstaltsschule und -vorschule sollen ihn zu einer Zeit, wo er wegen seines Alters und körperlicher Schwäche noch nicht imstande ist, eine Erwerbs-

tätigkeit zu erlernen, vorbereitend zweckmäßig beschäftigen, namentlich die höheren geistigen Tätigkeiten des Aufmerksamkeits-, Auffassungs-, Gedächtnisvermögens in Bereitschaft setzen und so weit ausbilden, daß er später, wenn seine physischen Kräfte dazu ausreichen, unschwer nicht nur die oder jene Handarbeit, sondern möglichst jede, die sich ihm darbietet, erlernen kann. Die Anstalt will also nicht gelernte schwachsinnige Korbmacher und Rohrstuhlflechter und dergleichen in das Außenleben entsenden; denn wer garantiert, daß der entlassene Schwachsinnige gerade in einen Ort kommt, in dem nach derartigen Arbeitern Nachfrage ist? Wenn er von frühester Jugend an z. B. nur auf das Korbmachen eingedrillt worden wäre, so würde er eine bestimmte Art von Körben automatenhaft fertigen können, er würde aber nicht imstande sein, diese Korbmacherarbeit in gewünschter Weise zu variieren, geschweige denn eine andere Industriearbeit, z. B. in der Fabrik zu leisten. Ob ferner der Schwachsinnige lesen und schreiben kann, ob er überhaupt in die Schulklasse gelangt ist, darauf kommt es gar nicht an. Hauptsache ist, daß er sich einmal ohne zu viel Schwierigkeiten in diejenigen Verhältnisse, in die er nach der Entlassung aus der Anstalt kommt, zu schicken weiß und zu seinem Lebensunterhalte möglichst viel beitragen kann. Mancher nicht bis in die oberste Schulklasse aufgerückte Zögling ist doch dank der allgemeinen Durchbildung seiner psychischen Fähigkeiten, die er in den durchlaufenen Abteilungen erhalten hat, ein tüchtiger Arbeiter und hiermit ein nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft geworden. Im allgemeinen kommen aber doch diejenigen besser vorwärts, die die Anstaltsschule durchgemacht haben, und darum ist es erwünscht, daß sie von möglichst vielen durchlaufen wird. Ziel dieser Anstaltsschule an sich ist es, die Zöglinge so weit zu fördern, daß sie ungefähr dasselbe leisten, wie normale Kinder auf der Mittelstufe der einfachen Volksschule.

Um diese Ziele bei dem oben skizzierten Schwachsinnigenmaterial, besonders bei Gruppe II und III zu erreichen, müssen andersartige Wege eingeschlagen werden, wie sie bei normalen Kindern üblich sind. Es muß sozusagen die Kinderstube, deren

bildender Einfluß den meisten von ihnen in ihrer bisherigen Lebenszeit entweder ganz oder wegen ihrer schwachen Anlagen größtenteils verloren gegangen ist, gründlich wiederholt werden. Normale Kinder lernen im Verkehr mit Eltern, Geschwistern und Spielgenossen von selbst und spielend ihre Wahrnehmungen differenzieren, zu Vorstellungen ordnen und bewußt handeln. Bei schwachsinnigen Kindern sind jene unklar, getrübt, schattenhaft; daraus resultieren mangelhafte Vorstellungen. Er ist also erstes Erfordernis dieser Kinderstubenbeschäftigung, die Sinne anzuregen und die Sinnesvorstellungen durch oftmalige Wiederholungen und Variierung der Sinnesreize zu schärfen. Man muß sich gleichzeitig durch die verschiedenen Sinnesporten und oft nacheinander mit demselben Reiz zentripetal einschleichen und die hervorgerufene assoziative zentrale Erregung ausnutzend sie sofort auf zentrifugale Bahnen leiten. Durch diesen einfachsten „sensorial and motor training“ gelangt man dazu, im schwachsinnigen Kinde psychische Parallelprozesse zu wecken, die denen des bedeutend jüngeren normalen Kindes ungefähr entsprechen. Der Anschauungsunterricht bietet hierzu die beste Gelegenheit. Auf der untersten Stufe — also in der letzten Vorschulklasse — wählt man zur Besprechung Gegenstände, die auch dem normalen Kinde Lust erregen, also Kugeln, Bälle, weil sie rollen, Pfeifen, Glocken, weil sie tönen, Hämmer, weil mit ihnen gepocht und Lärm gemacht werden kann. Sowie die Aufmerksamkeit erst erregt ist, wird ihnen gesagt, wie der Gegenstand heißt; einzeln und im Chor müssen sie das Wort wiederholen, wobei diejenigen, die besser sprechen, die schlechteren mit fortreißen; jedes bekommt nun eine Kugel in die Hand; es muß sie anfühlen, sie rollen, sie suchen und herbei bringen; es wird auf das Geräusch des Rollens, des Pochens auf den Fußboden aufmerksam gemacht; ihre Eigenschaften, ihre Verwendung, das Material aus dem sie besteht, werden ihnen gesagt.

Ich füge hier ein Beispiel aus der erwähnten Schrift von Nietzsche ein. S. 5. 2. Die Glocke.

Was habe ich heute mitgebracht? Das ist eine Glocke. Spricht: Glocke. Was tue ich mit der Glocke? Ich läute. Otto, hier hast du die Glocke, läute! Sprich: Ich läute. Karl du auch!

Ernst, gehe hinaus, läute vor der Türe! Horcht! Ich höre (Hand an das Ohr) die Glocke. Die Glocke klingt. Ich höre mit den Ohren. Jeder Knabe erhält eine Glocke vor sich hingestellt. Hände auf den Rücken! Faßt die Glocke an! Hebt hoch! Läutet! Glocke nieder! Hand auf den Rücken! Marschieren mit der Glocke in der Hand. — Bei schönem Wetter werden im Freien Übungen im Auffinden nach Gehör vorgenommen. Der Lehrer oder die Pflegerin versteckt sich, die Schüler suchen sie auf den Glockenklang hin, müssen aber auf den entfernten Klang vorher aufmerksam gemacht werden.

Wiederholung: Was siehst du auf dem Tisch? Kugel, Glocke. Was tut die Kugel? Zeige, womit du die Kugel hörst! Zeige mir, was klingt, was rollt! Ich höre etwas rollen — läuten, was ist das? Glocken und Kugeln werden an verschiedenen Stellen im Zimmer (Fensterbrett, Tisch, Bank, Stuhl usw.) gelegt. Zeige eine Kugel! Hole die Kugel! Sprich: Kugel! Hole du auch eine Kugel! Ich sehe schon eine — noch eine usw.“

Es kommt darauf an, immer nur das Nötigste, das Einfachste ihnen zu sagen und zu wiederholen; sich immer an sämtliche Sinne, besonders den Tast-, Gehör- und Gesichtssinn gleichzeitig zu wenden, damit sich die bald nacheinander entstandenen Sinnesvorstellungen zu einer Gesamtvorstellung des besprochenen Gegenstandes gruppieren; so werden, wie *Nitzsche* schreibt, die Wahrnehmungen, die die Kinder bisher in ihrem Lebenskreise gemacht haben, geklärt, vertieft; es werden ihnen neue Anschauungen aus ihrer Umgebung vermittelt, der Beobachtungssinn geweckt, die Denkkraft hervorgehoben und die Sprachkraft entfaltet. Es heißt stets langsam und lückenlos fortschreiten, damit die Kinder nicht ermüden. Deswegen werden auch in der Vorschule wie in der Schule immer nur kurz dauernde Lektionen gehalten. Den kleinen Zöglingen der unteren Vorschulklassen ist auch die Zeit von 30 Minuten noch viel zu lang, um sie in der obengenannten Weise zu beschäftigen. Damit ihr durch das Wenige schon angestrengte Gehirn sich erholt, läßt man sie aus den Bänken heraustreten, stellt sie entlang einer langen Stange in eine Reihe, läßt die Stange von allen aufheben, senken, vorstrecken. Die stumpfen Elemente werden durch die erregteren zu der ge-

wünschten Bewegung mit fortgezogen, sie mögen wollen oder nicht. Oder man läßt Tätigkeitsübungen auf dem Platze machen: Hebt die Hände, steht auf, stellt euch auf die Bank usw. Namentlich die letztere Übung macht den Kindern Spaß und bringt wieder Leben in die Körper, die infolge der geringen geistigen Anspannung ebenfalls erschlaffen. Bei den ganz indolenten Elementen muß der Lehrer zuweilen durch Stellen ihrer Glieder nachhelfen. Zu diesen Tätigkeitsübungen, die täglich wiederholt und variiert werden, gehören auch die Sprachübungen. Oben angeführtes Beispiel ließ schon erkennen, wie man bei dem Zeigen der Gegenstände auch immer die Sprachmuskulatur mit zu üben trachtete, indem man ihre Bezeichnungen vorsagte und sie einzeln und im Chor wiederholen ließ. Dabei hört man, daß bei vielen so ziemlich alles falsch nachgesprochen wird. Es ist daher, um sie eine für andre verständliche lautreine Sprache zu lehren, nötig, systematische Lautierübungen zu treiben; erst kommen die Vokale dran, später die Konsonanten; dann Verbindungen beider, endlich kurze einfache Worte, die ihnen aus ihrem Vorstellungsschatze bekannt sind.

Später wenn dieser und ähnlicher Stoff beherrscht wird, kann man zu andern für das Kind an sich schon weniger interessanten Gegenständen übergehen wie zu den Gegenständen im Zimmer, in der Küche. Zuletzt werden auf dieser Stufe kleine Modelle und endlich die Bilder der behandelten Gegenstände vorgezeigt, mit den wirklichen Gegenständen verglichen, von ihnen betastet, auf Geheiß herbeigeholt usw. Dabei lassen sich die einfachsten Eigenschaftsvorstellungen (groß, klein usw.), die bei der III. von mir gebildeten Gruppe ganz fehlen und bei der II. nur sehr mangelhaft vorhanden sind, entwickeln.

Diese Aufgabe der Entwicklung der Eigenschaftsvorstellungen erfüllt besonders das sog. Sortieren, das ist eine Art praktischer, besonders den Tastsinn der Hand und die Selbsttätigkeit jedes einzelnen beschäftigenden Anschauungsunterrichtes. Jedem Kinde wird ein Kästchen mit verschiedenen großen Kugeln, Bällen, konzentrischen Ringen, verschiedenen langen Bauhölzchen, dicken und dünnen Bleisoldaten, den verschiedenen Gemüseformen (Erbsen, Bohnen, Linsen), verschiedenfarbigen Glasplättchen, verschieden

schweren Säckchen usw. vorgelegt. Es ist oft recht mühsam, diese Unterscheidungen, die das normale Kind ganz von selbst lernt, dem Schwachsinnigen beizubringen. Bei ihm zu warten, bis es diese Elemente aus der Erfahrung des täglichen Lebens aufnähme, würde bei einem großen Teile vergeblich sein. Wie eine von Lähmung befallene Muskelgruppe durch Vernachlässigung in Atrophie und Kontraktur verfällt, so würden beim Schwachsinnigen die wenigen vorhandenen mehr oder weniger schlummernden Fähigkeiten bei Mangel an Anregung und methodischer Übung bald in den geistigen Todesschlaf hinüberschlummern.

Kinder dieser Bildungsstufe können Einheit und Mehrheit fast nie von einander scheiden, obwohl manche von ihnen wohl das oder jene Zahlwort kennen, ja vielleicht auch zählen können. Eine Zahlvorstellung fehlt ihnen aber meist völlig, wie der falsche Gebrauch der Zahlen bei jeder Antwort auf eine entsprechende Frage beweist. Es kommt daher darauf an, ihnen die Grundlage des Rechnens möglichst bald beizubringen. Denn was nützen ihnen alle sonstigen Kenntnisse, wenn sie nicht gleichartige Dinge richtig abzählen können? Wenn der Korbmacher, Garten- und Feldarbeiter, der Schilfflechter gewisse einfachste Aufträge (bestimmte Zahl von Weiden, Pflanzen usw. holen!) erfüllen soll, so braucht er die elementarsten Kenntnisse im Rechnen, das sind eben die Zahlvorstellungen. Wie schwer das Rechnen den Schwachsinnigen fällt, ist ja allgemein bekannt. In diesem Fach bringen es auch die besten bis in die oberste Schulklasse gelangten Zöglinge nur selten bis zu Leistungen, die der Mittelstufe der einfachen Volksschule entsprechen.

Nächst dem Sortieren, bei dem sich schon Gelegenheit bot, die Begriffe der Einheit und Vielheit zu entwickeln, bedient man sich hierzu am besten des Perlen- oder Kettenreihens. Benutzt werden verschiedenfarbige Glasperlen von ca. 1 cm Größe, die an einen Faden angereiht werden. Zunächst müssen die Kinder verschiedenfarbige Perlen, ganz wie sie ihnen unter die Hände kommen, an den Faden reihen, eine Übung, die gleichzeitig Fingermuskeln, Tast- und Gesichtssinn bildet. Dann wird es angewiesen, gleichfarbige Perlen aus dem Kästchen zu sortieren, was ihm meist unschwer gelingt, lange bevor es die Farben richtig

bezeichnen kann, und diese auf den Faden zu ziehen. Die Zahl „Eins“ wird nun entwickelt, indem es erst verschiedenfarbige Perlen z. B. weiße und schwarze sortiert und dann eine weiße und eine schwarze hintereinander aufreht bis eine Kette von 20 cm Länge fertig ist. Dem müssen oft Vorübungen vorausgehen. z. B. lege eine schwarze hierher, eine weiße dorthin; eine weiße hierher, viele schwarze dorthin; eine weiße an den Faden, eine schwarze daneben usw., wobei auf das Zahlwort immer ein besonderer Nachdruck gelegt werden muß. Später werden andere Farbenzusammenstellungen gewählt, bis das Kind die „Eins“zahl wirklich beherrscht. Auf gleiche Weise wird die „Zwei“, „Drei“ usw. gefunden. Bei jeder muß die vorhergefundene wiederholt werden. Es können dann auch Ketten mit zwei Fäden, oder solche, bei denen jedes Glied ein Quadrat bildet, gefertigt werden. Durch diese Variationsmöglichkeit ist immer Gelegenheit gegeben, gleichzeitig Kinder, die hinsichtlich ihrer manuellen Fertigkeiten und geistiger Anlagen verschieden sind und doch einmal aus Zweckmäßigkeitsgründen in einer Klasse vereinigt sind, mit Nutzen zu unterrichten. Mit dem Unterricht im Kettenreihen berührt sich nach der beabsichtigten Wirkung auf das Kind das Flechten nach Fröbel. Die Anfänger bekommen Lederflechtblätter, in die sie glatte Holzspänchen einziehen, vorgelegt; später, wenn sie geschickter geworden sind, bunte Papierflechtblätter, in die sie mit der hölzernen Flechtnadel Papierstreifen einziehen. Wiederum lassen sich dieselben Zahlvorstellungen — und diesmal, was ja sehr wichtig ist, mit ganz anderm Material — bilden, indem man das eine Mal nur einen Streifen, das andere Mal zwei Streifen des Flechtblattes usw. mit der Nadel oder dem Spänchen übergehen läßt. Bald lassen sich dann hübsche Muster flechten, die dem Kinde Freude an seinem Tun und Lust zu immer besseren Leistungen schaffen.

Die Lust am Schaffen, die Erregung des Tätigkeitstriebes wird aber wohl durch keine Beschäftigung besser erreicht als durch das Arbeiten mit Ton. Die Neigung des Kindes, aus Sand, Lehm, Ton allerhand Gegenstände nachzuformen, wird hier benutzt, um dem Schwachsinnigen auf spielende Weise das Verständnis für Formen, das ihm meist mangelt, beizubringen. Wenn im An-

schaunungsunterricht mit den Kugeln, Ringen, Fäden oder dergl. hantiert worden ist, so wird hier in Anlehnung an das Besprochene gleich die Herstellung dieser Dinge vorgenommen. Es werden also mit gewöhnlichem durchgekneteten Töpferthon diese Formen nach einem Vorbild, später auch aus dem Gedächtnis nachgebildet. Die den Unterricht gebende Pflegerin muß natürlich überall helfen, nachbessern, selbst formen und dabei belehrend unterhalten. Je geschickter sie die Aufmerksamkeit der Kinder anzuregen und zu erhalten weiß, ohne sie zu ermüden, desto eher wird sie die Freude ernten, daß Kinder, die scheinbar ganz apathisch sind und bisher keine Zeichen geistigen Lebens gegeben haben, im Anschauungsunterricht auf einmal Verständnis für die Formen zeigen, daß sie bei ihnen ein erstes schüchternes Lächeln über eine selbstgefertigte Tonkugel entdecken, die sie dann mit Behagen in vielen Exemplaren nachbilden. — Auf späteren Stufen — die Tonarbeit wird in allen Vorschul- und auch noch in einigen Schulklassen gepflegt — geht man zu immer schwierigeren Nachbildungen über. So werden Tonmodelle von Tischen, Stühlen, Häusern, Ketten und dergl. gefertigt. Es ist oft augenscheinlich, wie sich etwas wie Selbstbewußtsein im Kinde regt, wenn es sieht, wie aus rohem Material durch eigene Kraft und Geschicklichkeit ein anschauliches Gebilde entsteht. Solche Leistungen reizen aber die anderen ganz unwillkürlich zur Nacheiferung und zur Lust an nützlichem Tun überhaupt.

Waren die bisher genannten Unterrichtsfächer, der Anschauungsunterricht, das Sortieren, Perlenreihen, Flechten und die Tonarbeit mehr allgemein fördernd, dadurch, daß sie dem Kinde erst ein gewisses Maß von geistigem Rüstzeug schufen, ohne das eine bewußte Tätigkeit nicht möglich ist, so fängt man doch auch auf dieser Stufe schon an, auf eine spätere Gewerbearbeit, die für manche nutzbringend sein kann, nämlich auf das Schilf- oder Strohzopfflechten vorzubereiten. Schilf selbst schon den Kindern in die Hand zu geben, würde keinen Zweck haben; die kleinen Finger müssen zunächst ein geschmeidigeres Material vorgelegt bekommen, damit sie nicht gleich am Anfang vor der Arbeit zurückschrecken. Es werden deswegen Saalleisten gewählt; das Kind wird vor einen Haken postiert, an dem ein fertiger Tuchleisten-

zopf eingehangen wird. Zuerst werden sie mit dem Aufmachen des Zopfes beschäftigt; später wird ihnen das Flechten desselben und zwar zunächst mit gleichlangen, später mit ungleichlangen Tuchleisten gelehrt, wobei dann die Schwierigkeit des Anlegens überwunden werden muß.

Die Schwachsinnigen dieser Bildungsstufe können sich, wenn sie zugeführt werden, meistens nicht mit ihrer Kleidung behelfen. Sie sind von zuhaus aus gewöhnt, früh an- und abends ausgezogen zu werden und so bei jeder Bedürfnisverrichtung, bei jeder Verunreinigung. Es war bisher vergeblich, ihnen auch nur das Zumachen eines Knopfes beizubringen. Daher ist es wichtig, sie hierin bald selbständig zu machen. Um dies zu erreichen, genügen die Anleitungen früh und abends beim An- und Auskleiden nicht; es sind deswegen im Tagesstundenplan besondere Selbstbedienstunden angesetzt. In diesen lernen sie zunächst ihre Kleidungsstücke wie ihre Körperteile erst unterscheiden. Sie müssen das Einzelne zeigen, wie im Anschauungsunterricht benennen, herbeiholen; sie erfahren die Handgriffe des Zuknüpfens, des sich gegenseitig Helfens, des Bindens, des Aufbewahrens der Kleider, des Waschens, Zahnreinigen, Gurgeln usw. Die Älteren werden auch in der Reinigung der Kleider, der Schuhe, im Ordnen und Reinigen des Zimmers, in der Ausführung von Besorgungen im Hause, Hof und Garten, zuletzt im Annähen von Knöpfen, Einsetzen eines kleinen Fleckes, im richtigen Gebrauch von Messer und Gabel und in der Grußbezeugung unterwiesen.

Diese Stunden im Selbstbedienen, Sortieren, Flechten werden von Pflegerinnen gehalten.

Der harmonischen Ausbildung der gesamten Körpermuskulatur dienen die Unterrichtsstunden im Turnen und Spiel. Es kommt dabei besonders in den Vorschulklassen absolut nicht auf Exaktheit an; erfordern doch schon die einfachsten Freiübungen, wie das Marschieren neben- und hintereinander bei den unaufmerksamen gedächtnisarmen Kindern mancherlei Kunstgriffe wie die Benutzung langer Stangen, an die sie sich zunächst festhalten, an der alle gemeinsam zunächst die Übung des Armhochhebens, -Vorstreckens ausführen. Immer nur ein Teil der Stunde wird auf reine Ordnungs- und Freiübungen verwendet; der andere auf

gemeinsames Spiel, das von bekannten Kindermelodien begleitet wird. Eine besondere Gesangsstunde (eine wöchentlich) übt diese Melodien, auf höherer Stufe auch solche Gesänge, die bei festlichen Anlässen mit Vorliebe gesungen werden, ein.

Die übrigbleibende Zeit am Tage können sich die Kinder in ihrem Schulzimmer mit ihrem Spielzeug beschäftigen; bei günstigem Wetter werden Spaziergänge gemacht. Bei diesen ist fortwährend Gelegenheit, die Schwachsinnigen auf Naturerscheinungen und die Vorgänge des täglichen Lebens aufmerksam zu machen, die für das Verstehen desselben nötig sind. Es wird ihnen das landwirtschaftliche Treiben auf Feld, in Scheune und Stall, die Arbeit des Handwerkers in der Schmiede, der Bäckerei u. a. gezeigt, um ihnen Erinnerungsbilder zu schaffen, die dann später im Anschauungsunterricht verwertet werden können. Jeder Spaziergang hat sein Ziel und seine Aufgabe; beide werden in das sog. Spaziergangbuch eingetragen; es läßt sich dann kontrollieren, ob das Personal seine Pflicht getan hat. — Bei den älteren Zöglingen werden auf den Spaziergängen, die sich dann auch gelegentlich über die nächste Umgegend hinauserstrecken, auch Übungen im Zurechtfinden gemacht. Ein Knabe bekommt z. B. das Geheiß, nach dem oder jenem Punkte hin die Führung zu übernehmen, ein anderer auf anderem Wege die Rückkehr zu leiten.

Nach dem eben Besprochenen dürfte der Stundenplan der untersten Vorschulklasse interessieren. (Siehe S. 584.)

Schwachsinnige, die in dieser Klasse nicht gefördert werden können, werden in die früher erwähnte Idiotenstation versetzt; von da aus können sie, wenn sie in einem der genannten Fächer doch etwas leisten, zu den betreffenden Stunden noch herangezogen werden. Eine derartige Anregung ist selbstverständlich auch für den Idioten erzieherisch ebenso wichtig wie für erwachsene Demente irgend eine, wenn auch noch so wenig Nutzen bringende Beschäftigung. Die sich sonst gern in Vernichtungstrieb umsetzende motorische Kraft wird dadurch mehr oder weniger gebunden, der Verfall in tiefere Abstumpfung verhütet.

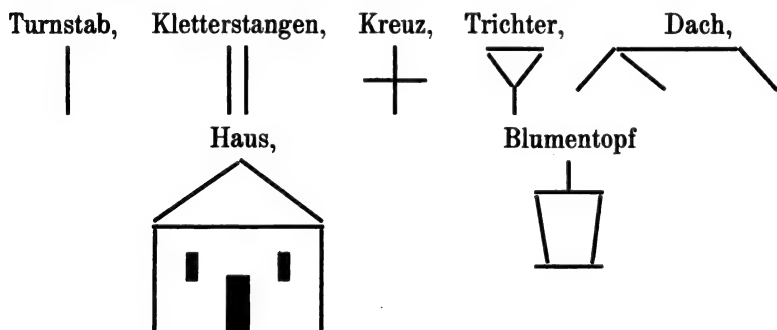
Diejenigen Zöglinge dagegen, die Fortschritte machen, rücken in die nächste Vorschulklasse auf. Die Unterrichtsfächer unter-

Stundenplan der untersten Vorschulklasse.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend
8—3/49	Sortieren	Fröbelfechten	Kettenreihen	Sortieren	Kettenreihen	Zopffechten
1/210—1/411	Selbstbedienenen	Turnen und Spiel	Tonarbeit	Fröbelfechten	Turnen und Spiel	Anschauung
1/211—1/412	Selbstbedienenen	Kettenreihen	Selbstbedienenen	Zopffechten	Anschauung	Bad
2—3/43	Zopffechten	Anschauung	Turnen und Spiel	Anschauung	Anschauung	Freizeit
3—3/44	Selbstbedienenen	Bad	Anschauung	Selbstbedienenen	Gesang	Freizeit
1/25—6	Freies Spiel	Freies Spiel	Selbstbedienenen	Zimmerreinigen	Freies Spiel	Freizeit

scheiden sich von denen in der vorhergehenden Klasse fast nur durch Erweiterung des Stoffes und der Ziele, wie dies zum Teil schon angedeutet wurde. Wenn z. B. die Kinder bisher nur Gegenstände und deren Modelle und Einzelbilder kennen gelernt haben, so können ihnen nun auch umfassendere Bilder mit Erfolg gezeigt werden. Es kommt häufig genug vor, daß, wenn man einen Schwachsinnigen vor ein Gruppenbild stellt, er nichts oder wenig von dem sieht, was dort abgebildet ist. Es geht ihm wie dem ungeübten Auge, das zum ersten Mal durch ein Mikroskop ein feineres Präparat betrachtet; es kann noch nicht projizieren.

Zur Zeit wird in dieser zweituntersten Vorschulklasse nur ein Fach hinzugenommen, das ebenfalls geeignet ist, Formen-, Zahlen- und Raumsinn zu bilden, das Stäbchenlegen (wöchentlich 3 Stunden). Man bedient sich dabei zunächst gleichlanger ungefärbter später gefärbter Stäbchen von 5—10 cm Länge. Mit diesen wird ein Gegenstand, der vorher gezeigt, dessen Konturen dann an der Tafel angezeichnet worden sind, nachgebildet. Man geht hier wie überall vom Einfacheren zum Komplizierteren über



und ähnliche. Räumliche Begriffe wie oben, unten, links, rechts, kurz, lang, die dem Schwachsinnigen ebenso wie Zahlen- und Zeitbegriffe schwer faßbar sind, lassen sich dadurch leicht anschaulich machen. Das Gedächtnis- und Denkvermögen wird geübt, wenn solche Figuren öfter und ohne Vorbild gelegt werden. In ähnlicher Weise läßt sich das Bauen mit Baukastenholzchen verwerten.

Eine bedeutendere Steigerung der Anforderungen und Ziele zeigen die nächsten beiden Vorschulklassen, die zurzeit ungefähr

gleichwertiges Material haben, also Parallelklassen sind. Bei ungleichem Material kann man natürlich wieder gegeneinander abstufen.

Der Wochenplan dieser Klassen ist folgender:

5	Stunden	Anschauungsunterricht,
1	"	Sortieren,
5	"	Selbstbedienen,
3	"	Fröbelflechten,
1	"	Tonarbeit,
1	"	Gesang,
2	"	Turnen und Spiel,
2	"	Deckenflechten,
2	"	Ausnähen,
2	"	Zählübungen,
4	"	Leseübungen.

Vergleicht man ihn mit dem oben gebrachten Plane, so bemerkt man, daß die letzten vier Fächer hinzugekommen sind.

a) Das Deckenflechten. Vom Flechten des Tuchleistenzopfes geht man zu dem schwierigeren, weil schon mehr Fingerkraft und -Gewandtheit erfordernden Flechten des Schilf- oder Stroh-zopfes über. In den höheren Klassen wird diese Arbeit weiter geübt. Jeder Zögling muß dann auch den Zopf am Rahmen einspannen und ihn durch Abputzen zu Decken verarbeiten lernen. Es werden in hiesiger Anstalt wöchentlich im Durchschnitt 7 qm solcher Fußabstreicher gefertigt.

b) Ausnähen. Auf braunem Kartonpapier sticht die Pflgerin im Abstand von 10 mm Löcher vor, die die Figur eines Gegenstandes, einer Pflanze oder dergl., kontourieren. Der Zögling muß nun mit einer starken Sticknadel, in die ein Wollfaden eingefädelt ist, die Löcher verbinden und zwar so, daß auf der Vorder- wie auf der Rückseite das gleiche Bild entsteht. Fortgeschrittenere Zöglinge können auch das Vorstechen der Löcher besorgen. Wie die Tonarbeit, so steht auch das Ausnähen oft im Dienste des Anschauungsunterrichts: ist in diesem z. B. ein Tier besprochen worden, so wird es dort „ausgenäht“.

c) Zählübungen. Hier sucht man die Zahlvorstellungen, die man schon bei dem Fröbelflechten, Sortieren, Perlenreihen,

Stäbchenlegen gelegentlich zu wecken gesucht hatte, systematisch zu befestigen; natürlich immer wieder an praktischen Beispielen. Bezüglich der Einzelausführung derselben sei hier nochmals auf das angezogene Schriftchen von Nietzsche hingewiesen, in dem gerade dieses Kapitel eine weitere Ausführung erhalten hat.

d) Leseübungen. Wenn Schwachsinnige durch die oben gekennzeichneten Unterrichtsmethoden soweit gefördert sind, daß sie gröbere Formenunterschiede erkennen, dann drängt sich die Aufgabe zu, dem Auge und der Hand auch feinere Unterschiede zu lehren. Die Buchstaben, die dem Analphabeten fast alle gleich oder wenigstens sehr ähnlich erscheinen, sind hierzu wie geschaffen. Das ungeübte Auge muß suchen, um den Unterschied von m und n, o und a zu finden; die Finger haben verschiedenartige Tasteindrücke, wenn sie die aus Laubsägeholz hergestellten Modelle der Buchstaben umgreifen. Gleichzeitig wird aber das Gedächtnis geübt, wenn die nur wenig verschiedenen Formen mit ganz verschiedenen Bezeichnungen festgehalten werden müssen. Die Aufmerksamkeit des Lernenden kann kaum besser wie beim Buchstabieren und dann später beim Lesen vom Lehrenden kontrolliert werden. Beim Nachformen in Ton, Nachsetzen in Mosaik, Nachmalen, Nachzeichnen der Buchstaben werden endlich gleichzeitig die feineren Finger- und Handbewegungen geübt.

Nach dem hier und weiter oben Gesagten ist es wohl nicht mehr nötig den Schreibleseunterricht in Schwachsinnigenanstalten zu rechtfertigen, wie man das wohl gelegentlich Besuchern der Anstalt gegenüber tun muß. Selbst wenn viele von den Schwachsinnigen das, was sie hier lernen, vergessen, so war die Mühe, die von ihnen wie vom Lehrenden darauf verwendet worden ist doch ebensowenig vergeblich wie die von uns auf Erlernung alter Sprachen und höherer Mathematik verwendete Zeit. Mit Kenntnissen im Lesen und Schreiben wird sich ein Schwachsinniger wohl nur sehr selten etwas zu seinem Lebensunterhalt verdienen können. Auch wir ziehen aus der Kenntnis alter Sprachen nur geringen direkten Nutzen. Das eine wie das andere dient aber zur Gymnastik des Geistes und schafft daher um so größeren indirekten Nutzen. Übrigens macht man die Erfahrung, daß ein ganzer Teil Schwachsinniger gut lesen und schreiben lernt; für sie haben

dann die erworbenen Kenntnisse doch den direkten Wert, daß sie sich nach getaner Arbeit mit Lektüre beschäftigen und mit den Angehörigen brieflich verkehren können. Die hiesige Zöglingbibliothek erfreut sich seitens der älteren in der Landwirtschaft und Korbmacherei arbeitenden Zöglinge eines regen Zuspruchs. Auch wird die Beherrschung der Druck- und Frakturschrift manchem entlassenen Schwachsinnigen Vorteile bringen.

In den Vorschulklassen kann man von Schreibleseunterricht eigentlich noch nicht reden; es ist mehr ein modifizierter Anschauungsunterricht, bei dem als Unterrichts- und Spielmaterial Buchstaben benutzt werden. Von den leichteren geht man zu den schwereren über. Sehr zweckmäßig ist der Anfang zu machen mit lateinischen Druckbuchstaben, die die Grundformen aller übrigen sind; von diesen aus läßt sich leicht auf die lateinische Fraktur und von dieser wieder zur deutschen Fraktur und deutschen Druckschrift übergehen. — Im Anschluß an die besprochenen Buchstaben werden natürlich nebenher fleißig Lautierübungen gemacht, die die schwerfälligen Sprachwerkzeuge mobilisieren sollen.

Aus den vier Vorschulklassen, die man auch als eine Art auf die Anstaltsschule vorbereitenden Kindergarten betrachten kann, fallen nun im Laufe des Jahres eine ganze Zahl Schwachsinniger ab, die nicht einmal dieser Art von Unterricht folgen können, die aber andererseits auch nicht geistig so tief stehen, daß sich ihre Verweisung an die Station der völlig blöden Kinder rechtfertigen ließe. Für sie, wie für manche der Neuaufgenommenen, die sich für keine andre Abteilung eignen, hat man drei Aushilfs- oder Abschiebeabteilungen geschaffen. In die eine werden diejenigen Zöglinge, die im Alter von 6—9 Jahren stehen oder körperlich zurückgeblieben sind, in die andere die größeren meist im Alter von 9—14 Jahren stehenden eingereiht. Die dritte beherbergt diejenigen, die infolge von Lähmungen schwer beweglich sind, oder wegen Taubheit, Taub- oder Hörstummheit oder wegen eines Gebrechens wie hochgradigen Geiferns in andern Abteilungen mehr oder weniger störend sein würden.

Diese dritte Aushilfsabteilung wird von einer Pflegerin im Rohrstuhlbeziehen (8 Stunden wöchentlich), im Ausnähen (2), Fröbelflechten (2), Zopfpflechten (4), im Selbstbedienen und Zimmer-

reinigen (4) unterwiesen. Die Fortgeschritteneren erhalten auch etwas Schreib- (5 Std. wöchentl.) und Zeichenunterricht (4); die Hör- und Taubstummen daneben Sprechunterricht auf Basis der Schriftmethode.

Wenn bei diesen schwachsinnigen, an den Gliedern oder an den Sinnen Gelähmten weiter nichts erzielt würde, als daß sie durch diese Beschäftigungen vor dem Verfall in tiefere Idiotie bewahrt und zu einer geordneten Lebensweise erzogen würden, so wäre damit schon den gerechtfertigten Humanitätsbestrebungen unsrer Zeit genügt. Manche von ihnen lernen aber trotz ihres Schwachsinn und ihrer Lähmungen doch die eine oder andre Arbeit, mit der sie später zu ihrem Lebensunterhalt etwas beitragen können.

Auch in den beiden andern Aushilfsabteilungen spielt die Anleitung zu einer nutzbringenden Beschäftigung die Hauptrolle. Aus ihnen rekrutiert sich besonders die Abteilung der Hausarbeiter. Damit aber auch diese einfachste Arbeit, die Hausarbeit, auf die ich später noch zurückkommen werde, nicht ganz ohne Verständnis getan wird, so werden auch in diesen Klassen noch einige Stunden Anschauungsunterricht in der Form, wie er für die unteren Volksschulklassen geschildert wurde, gegeben.

Der Wochenplan der Aushilfsabteilung für ältere Zöglinge ist umstehend (S. 590) wiedergegeben.

Was nun endlich den Unterricht in den sechs Schulklassen anbetrifft, so ähnelt dieser in den unteren Klassen noch sehr dem der Vorschulklassen; je weiter man in die Höhe kommt, desto mehr ähnelt er dem, der in einfachen mehrklassigen Volksschulen kleinerer Gemeinden gegeben wird. Diejenigen Zöglinge, die bis in die erste Klasse gelangen, besitzen in allen Fächern außer im Rechnen Kenntnisse wie sie mittelmäßige Schüler auf der Mittelstufe einer einfachen Volksschule erreichen.

Der Anschauungsunterricht, der in den unteren Klassen noch alle Gebiete des täglichen Lebens streifte, wird in den oberen Klassen zur Natur- und Heimatskunde. Man beschränkt sich selbstverständlich auch hier auf das Nächstliegende und Nötigste, praktisch Verwertbare. Wenn diese geistig fortgeschrittensten Zöglinge also einen Begriff vom Leben der Tiere und Pflanzen, soweit sie hier zu Lande vorkommen, vom Wechsel der Jahreszeiten, von dem, was sie in Feld und Garten zeitigen, von der

Zeiteinteilung u. ä. erhalten, so genügt das vollständig. Auch ist es von Wichtigkeit, daß sie sich in der nächsten Umgebung

Wochenplan der Aushilfsabteilung für ältere Zöglinge.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend
8— ³ / ₄ 9	Anschauungs- unterricht	Anschauungs- unterricht	Rohrstuhl- beziehen	Anschauung	Rohrstuhl- beziehen	Anschauung
¹ / ₂ 10— ¹ / ₄ 11	Selbstbedienenen	Nähen	Deckenflechten	Turnen und Spiel	Deckenflechten	Rohrstuhl- beziehen
¹ / ₂ 11— ¹ / ₄ 12	Selbstbedienenen	Turnen und Spiel	Erzählen und Erklären bibl. Geschichten	Deckenflechten	Deckenflechten	Selbstbedienenen
1— ³ / ₄ 2	Erzählen bibl. Geschichten	—	Gesang	Gesang	Erzählen bibl. Geschichten	Selbstbedienenen
2—3	Rohrstuhl- beziehen	Rohrstuhl- beziehen	Bad	Rohrstuhl- beziehen	Nähen	Selbstbedienenen
3—4	Späneschnitzen	Späneschnitzen	Selbstbedienenen	Deckenflechten	Späneschnitzen	Selbstbedienenen
¹ / ₂ 5—6	Freies Spiel	Zimmerreinigen	Selbstbedienenen	Freies Spiel	Freies Spiel	—

zurechtfinden können, daß sie einen Begriff von ihrer Heimat und ihrem engern Vaterland besitzen. Im Rechenunterricht sind die eigentlichen abstrakten Rechenübungen Nebensache, Hauptsache dagegen Übungen im Abzählen, Übungen im praktischen Rechnen, also mit Geld und Gegenständen; die Kenntnis der Maße, der Zeiteinteilung, der Uhr und alles hierher Gehörige. Der Unterricht in der Religion ist in den unteren Klassen vorwiegend ein Anschauungsunterricht mit Bildern aus der biblischen Geschichte in darstellender Form; in den oberen beschränkt er sich auch in der Hauptsache auf die Erzählung geeigneten Stoffes aus altem und neuem Testament und deren Wiedergabe durch die Zöglinge, doch wird im Anschluß daran auch etwas Katechismus getrieben. Jährlich können ungefähr 15—20 Zöglinge konfirmiert werden. Der Religionsunterricht ist natürlich das berufenste Fach, um die Kinder moralisch denken zu lehren und die moralischen Anschauungen, die sie im Anstaltsleben, im Verkehr mit ihren Lehrern und Pflegern unbewußt erwerben sollen, systematisch an geeigneten Beispielen zu festigen. Trotzdem immer eine ganze Reihe moralisch stark verkümmelter Schwachsinniger der Anstalt zugeführt werden, kommen doch schwerere Verfehlungen ganz selten vor. —

Vor dem Volksschüler hat der Anstaltszögling das voraus, daß seine Hand nicht nur die feineren Finger- und Handbewegungen des Schreibens lernt, sondern daß er schon zeitig an Handarbeiten gewöhnt wird, die ihm später direkt oder indirekt nutzbringend werden können.

Schon erwähnt wurde das Deckenflechten. Weiter wird das Rohrstuhlbeziehen, neuerdings auch das Bürstenbinden und Netzstricken gelehrt; in einigen Schulklassen sind Stunden für Zeichnen, Holz- und Papparbeiten angesetzt. Die Zöglinge müssen sich einen Knopf annähen, ein Loch zunähen, ihre Kleider von Flecken reinigen und in den Schrank ordnen können. Sie werden auch in die Zuputz- und Aufwaschküche gewiesen, damit sie dort die üblichsten Arbeiten kennen lernen.

Durch diese gleichmäßige Ausbildung aller körperlichen und geistigen Fähigkeiten wird erzielt, daß jeder Anstaltszögling; wenn er auch nur kürzere Zeit Anstaltserziehung und -schule genossen hat, sie physisch und psychisch gefördert verläßt.

Hier mögen noch Platz finden: 1. ein Wochenplan der fünften bzw. zweituntersten Schulklasse;

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend
8—3/49	Religion	Anschauungs- unterricht	Religion	Religion	Religion	Anschauung
1/210—1/411	Anschauungs- unterricht	Rechnen	Zeichnen	Rechnen	Schreiben und Lesen	Schreiben und Lesen
1/211—1/412	Selbstbedienen	Tonarbeit	Schreiblese- unterricht	Bad	Rohrstuhl- beziehen	Turnen und Spiel
1—3/42	—	—	Gesang	Gesang	—	—
2—3/43	Selbstbedienen	Ausnähen	Selbstbedienen	Schreiblese- unterricht	Deckenflechten	Spaziergang oder Freizeit
3—3/44	Schreiben und Lesen	Turnen und Spiel	Rechnen	Deckenflechten	Lesen und Schreiben	Spaziergang oder Freizeit
1/25—6	Erzählen bzw. Vorlesen	Erzählen bzw. Vorlesen	Selbstbedienen	Freies Spiel	Freies Spiel	Spaziergang oder Freizeit

2. der Stundenplan der obersten Schulklasse.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
8— ³ / ₄ 9	Religion	Religion	Religion	Religion	Religion	Religion
1 ¹ / ₂ 10—1 ¹ / ₄ 11	Heimatkunde	Rechnen	Heimatkunde	Rechnen	Deutsch	Rohrstuhl- beziehen
1 ¹ / ₂ 11—1 ¹ / ₄ 12	Deutsch	Deutsch	Deutsch	Deutsch	Turnen und Spiel	Naturkunde
1— ³ / ₄ 2	—	—	Zeichnen	—	Gesang	—
2— ³ / ₄ 3	Rohrstuhl- beziehen	Deckenflechten	Rechnen	Holz- und Papp- arbeiten	Nähen	Spaziergang oder Freizeit
3— ³ / ₄ 4	Rohrstuhl- beziehen	Deckenflechten	Gesang	Holz- und Papp- arbeiten	Deutsch	Spaziergang oder Freizeit
1 ¹ / ₂ 5—1 ¹ / ₄ 6	Turnen	Vorlesen und Erzählen	Selbstbedienen	Freies Spiel	Freies Spiel	Selbstbedienen
1 ¹ / ₄ 6—6	Vorlesen	—	—	—	—	—

Daß vereinzelt Stunden wie Rechnen oder Deutsch, die man besser am Vormittag abhielte, auf den Nachmittag gelegt sind, erklärt sich nur daraus, daß nicht für jede Klasse eine seminaristisch ausgebildete Lehrkraft zur Verfügung steht. Die Lehrkräfte werden daher im allgemeinen so verteilt, daß sie vormittags in den Schulklassen, nachmittags in den Vorschulklassen Unterricht erteilen.

Die Anstalt ist nicht nur eine Sammelhilfsschule für die schwachsinnigsten Kinder des Landes; sie will diese in der gekennzeichneten Weise Vorbereiteten auch in einer ihren Anlagen entsprechenden praktischen Tätigkeit nach Möglichkeit ausbilden, sobald sie physisch dazu fähig sind. Dabei muß einerseits auf die Anlagen und Eigenschaften der einzelnen Rücksicht genommen werden; andererseits auf die Wünsche der Eltern und was vielfach damit zusammenhängt, auf die Wahl des späteren Aufenthaltsortes. Diejenigen, welche sich schon in der Vorschule und Schule durch Geschicklichkeit ausgezeichnet haben und die mit unruhigerem, leicht erregbarem Temperament, die auf dem Felde bei keiner Arbeit aushalten würden, werden der Korbmacherei zugewiesen, desgleichen die, deren Eltern oder Angehörige in einem Industrieorte leben, in den sie also wahrscheinlich nach der Entlassung wieder zurückkehren werden. Vom Lande stammende Zöglinge werden vorwiegend in der Landwirtschaft ausgebildet. Diejenigen endlich, die zu keinem von beiden sich eignen, werden der Abteilung der Hausarbeiter zugewiesen; es sind dies meist Zöglinge, die bis zum 14. oder 15. Jahre in den Vorschulklassen oder den Abschiebeabteilungen ohne besonderen Erfolg unterrichtet worden sind.

Die Hausarbeiter besorgen unter Leitung eines Pflegers die Reinigung der Korridore, sie tragen das Wasser, die Kohlen, reinigen die Schlafsäle, den Eßsaal, decken mittags und abends die Tische, machen für gewöhnlich die Zuputz- und Aufwascharbeit, helfen bei der Tonnen- und Aschenabfuhr und wo sonst noch zuzugreifen ist. In einer größeren Anstalt werden stets mehrere Gruppen sich bilden lassen, die bald das eine, bald das andere besorgen können. Nach ihrer Entlassung bilden diese Art Schwachsinnige gewöhnlich die Faktoten im Haus. Wenn sie auch nichts ver-

dienen oder mitverdienen können, so kann ihnen doch im elterlichen Haushalt, oder wo sie sonst untergebracht sind, manche Arbeit, die sonst andere tun müßten, mit gutem Gewissen übertragen werden. Einige Entlassene dieser Art besorgen bei gutem Lohn z. B. auch das Kohlenfahren in Fabriken. Sie tun meist gewissenhaft, was sie einmal gelernt haben und halten zuweilen sogar pedantisch auf die Ordnung, die ihnen von der Anstalt her in Fleisch und Blut übergegangen ist. Im übrigen kümmern sie sich wenig um ihre Umgebung, mit der sie bei ihren mangelhaften geistigen und sprachlichen Anlagen nur selten Berührungspunkte haben. Meist sind sie harmlose, leicht durch freundlichen Umgang lenkbare Menschen, die nicht als Last empfunden werden. Das würde aber der Fall sein, wenn sie die Anstaltserziehung nicht genossen hätten. Man darf das mit Recht behaupten, weil immer einmal Kinder, die als Vergleichsmaterial dienen können, in zu vorgerücktem Alter aufgenommen werden. Diese haben nicht nur allerlei schlechte Gewohnheiten angenommen, sondern sind auch entweder so zerfahren, daß ihre Aufmerksamkeit nicht mehr auf die einfachste geordnete Tätigkeit zu fixieren ist oder so stumpf, daß dieselbe überhaupt nicht mehr angeregt werden kann. Die letzteren hocken untätig in den Ecken herum und verblöden immer tiefer; die anderen sind durch ihren Vernichtungstrieb störend; beide bedürfen schließlich der Überwachung, können daher auf die Dauer nicht in jedem Haushalt verbleiben und verursachen lebenslänglich Kosten.

Die Feld- und Gartenarbeiter sind auf dem Felde, in Scheune, Stall und Garten tätig und lernen dort alle Arbeiten kennen, die nicht selbständige Wirtschaftsgehilfen zu tun pflegen. Nach ihrer Entlassung werden sie meist, wenigstens wenn sie in gute Hände kommen, arbeitsame und ausdauernde Hilfsarbeiter. Im hiesigen Dorfe sind mehrere schon seit Jahren als Knechte bei Bauern in Brot und Lohn.

Die landwirtschaftliche Arbeit ist zweifellos die gesündeste und zweckmäßigste für Schwachsinnige. Sie sind dabei fast beständig in frischer Luft und in Bewegung, ihre überschüssigen Kräfte werden in nützliche Hilfeleistungen übergeführt; die Tätigkeit ist nie so eintönig und abstumpfend, weil

nach Tages- und Jahreszeiten wechselnd, wie manche Industriearbeit.

Doch muß heutzutage, wo die Industrie so stark entwickelt und weit verbreitet ist, daß viele der entlassenen Schwachsinnigen in die Lage kommen können, Fabrikarbeit zu tun, auch auf diese vorbereitet werden. Dazu dient hier für die Intelligenteren das Korbmachen, für geistig Schwächere die Rohrweberei und das Rohrstuhlbeziehen. Wer das Korbmachen erlernt hat, wird sich nicht nur fast in jede Fabrikarbeit, sondern auch in die schwierigere, weil mehr wechselnde Arbeit des Handwerkers finden.

Anderwärts läßt man in Schwachsinnigenanstalten weben, drucken, schneiden, schuhmachen u. a. Für diese Beschäftigungszweige hat man sich hier nicht recht erwärmen können, weil sie doch schon zu speziell sind oder Vertrautheit mit kompliziertem Mechanismus (Webstuhl!) erfordern. Doch läßt sich, falls mehr Platz als in der hiesigen Anstalt vorhanden, zweifellos noch manche andere Handarbeit als geeignete Vorbereitung für Industriearbeit fruktifizieren.

Diejenigen Arbeiter, die in der Korbmacherei und Rohrweberei (Anfertigung von Rohrdecken zum Deckenbewurf, und Rohrstuhlbeziehen) tätig sind, daher viel sitzen müssen, haben allabendlich zwischen Abendessen und Zubettgehen noch eine Art freier Turnstunde; im Sommer Spaziergang.

Man hat beobachtet, daß Zöglinge, die früher recht gute Schüler waren, dann, wenn sie aus der Schule entlassen und einer der vorgenannten Arbeiterabteilungen eingereiht worden sind, augenfällig stumpfer wurden, jedenfalls unter dem Einflusse der doch eintönigeren Arbeit, als die sie während der Schulzeit gewöhnt waren, und wie nur anregender Unterricht wieder mehr Leben in die Geister brachte. Es sind daher vorläufig wöchentlich 2—3 Stunden Fortbildungsunterricht für sie angesetzt worden. Auf diese Weise können die Zöglinge auch nach dem Austritt aus der Schule geistig besser überwacht werden; denjenigen, die ordentlich lesen gelernt haben, kann geeignete Lektüre aus der Zöglingsbibliothek zugewiesen werden; solchen, die das nicht können, werden anregende Geschichten vorgelesen oder erzählt. Außerdem wird denen, die Lust zu Laubsäge- und Papp- oder Holzschnitzarbeiten

haben und sich freiwillig melden, während des Winters am Sonntag eine Unterrichtsstunde gegeben; sie regt ebenfalls zum Denken an und übt die Geschicklichkeit der Hände einmal in ganz anderer Weise als es die gewohnte Tagesarbeit tut.¹⁾

Die Schwachsinnigen sind, selbst wenn sie eine derartige Ausbildung genossen haben und diese anscheinend von gutem Erfolg war, geistig normalen Menschen im Kampfe ums Dasein meist nicht gewachsen. Sie bedürfen auch weiterhin der Leitung und einer gewissen Fürsorge, besonders dann, wenn sie wie viele von ihnen nicht in das Elternhaus zurückkehren können. Sind sie mangelhafte Arbeiter, so hört die Geduld ihrer Arbeitsherren bald auf; sie werden von einer Stelle zur andern geschoben und leisten dann erst recht wenig; sie verfallen eher oder später üblen Angewohnheiten und geraten schließlich von selbst oder durch Verführung auf die Bahn des Vagabundentums oder Verbrechens. Sie fallen dem Staate von neuem zur Last, erst in den Gefängnissen und dann in den Irrenanstalten. Sind sie brauchbare Arbeiter, so werden sie von ihren Arbeitgebern vielfach zu sehr ausgenützt und zu schlecht gelohnt. Gutmütig, wie sie meist sind, lassen sie sich alles gefallen, selbst wenn sie mit der Zeit einsehen lernen, daß sie benachteiligt sind.

Wieder andere waren in der Anstalt durchaus brauchbare Arbeiter, weil sie Tag und Nacht unter Aufsicht waren, jahrein, jahraus dieselbe unumstößliche Ordnung gewohnt waren und in ihren Lehrern und Pflegern von Jugend auf Autoritätspersonen gesehen haben, denen gegenüber es ihnen leicht fiel, ihren Willen unterzuordnen. Alle diese Momente fallen mit der Entlassung weg. Es knüpft ihn kein Band an den neuen Lehrhern, er mag es anfänglich noch so gut mit ihm meinen. Das Essen kann meist nicht so reichlich und gut sein wie in der Anstalt, die Essens-, Schlafens- und Ruhezeiten nicht so regelmäßig ein-

¹⁾ Zur Geschichte der Großenhennersdorfer Anstalt sei noch bemerkt, daß dieselbe und besonders das Unterrichtswesen in der Hauptsache von dem seit 1890 dirigierenden Lehrer der Anstalt, jetzigen Oberinspektor G. Nietzsche organisiert worden ist.

gehalten werden. Es mag noch ein ganz gerechtfertigter Tadel dazu kommen, dann explodiert der schon im Reizzustand befindliche Schwachsinnige, wirft die Arbeit beiseite und ist nur schwer wieder zu beruhigen. Arbeitgeber und die schwachsinnigen Arbeiter sind in diesem Falle ohne Schuld; der letztere paßt eben nicht in freie Verhältnisse.

Endlich bilden alle Schwachsinnigen nach ihrer Entlassung eine Gefahr für den Staat, insofern als sie ihre geistige Minderwertigkeit vererben können. Schwachsinnige Mädchen werden oft geschlechtlich mißbraucht oder verfallen der Prostitution; schwachsinnige junge Männer heiraten oder werden geheiratet, besonders wenn sie in ihrem Äußern nicht ganz abschreckend sind und nach ihrer Arbeit den Eindruck machen, daß sie einen Hausstand erhalten können. Kinder von Schwachsinnigen sind nun aber zu einem großen Teile wieder schwachsinnig. Sie werden also auch wieder pflege- und erziehungsbedürftig zu einer Zeit, wo gewöhnlich die Eltern noch dem Staate oder der Gemeinde zur Last fallen.

Gegen alle diese Übel, die dem entlassenen Schwachsinnigen von der menschlichen Gesellschaft und dieser von ihm drohen, gibt es zur Zeit leider wenig Hilfe. Die Unterstützungskasse für entlassene Schwachsinnige, von deren Einrichtungen im I. Teile die Rede war, lindert gewiß manche Not; sie läßt die Entlassenen auch durch Beamte der Anstalten von Zeit zu Zeit besuchen, so daß der Schwachsinnige an ihm einen Anhalt und Anwalt finden kann, während der Arbeitgeber weiß, daß er nicht mit dem ihm Anvertrauten machen kann, was ihm beliebt. Sie gibt auch solchen Meistern, die viel Not und wenig Nutzen von den bei ihnen Untergebrachten haben, als Aufmunterung Prämien, damit sie diese nur weiter unentgeltlich verpflegen. Aber selbst wenn solche Orientierungsreisen öfter gemacht werden könnten, als es tatsächlich möglich ist und mit den Einnahmen vereinbar ist, selbst wenn die Vertrauensmänner an den Orten der Unterbringung der entlassenen Schwachsinnigen immer voll ihre Pflicht tun, so kann nach Lage der Dinge beiden doch manches verheimlicht, anderes verschleiert werden. Gegen die oben angedeutete Gefahr der Fortpflanzung und Weiterverbreitung des Schwachsinnns bietet

diese sonst ganz nützliche Einrichtung natürlich nicht den geringsten Schutz.

Den Interessen des Staates sowohl wie denen des der Erziehungsanstalt entwachsenen Schwachsinnigen würde durch eine Ausgestaltung der Kolonisation, wie sie hier in Großhennersdorf in kleinen Anfängen besteht, wohl am besten gedient sein. Es käme darauf an, zu dem obengenannten Koloniegut einige wenn möglich anliegende Güter hinzu zu erwerben und sie für die Aufnahme einer größeren Zahl schwachsinniger Feldarbeiter geeignet zu machen. Man könnte sich selbstverständlich mit der einfachsten Ausstattung, wenn sie nur einigermaßen hygienischen Anschauungen gerecht wird, begnügen; die Kost würde, wie das auch für das hiesige Koloniegut geschieht, von der auch weiterhin für staatliche Zwecke benutzten Anstalt geliefert werden. Man beabsichtigt nämlich, diese als Idiotenanstalt einzurichten, d. h. diejenigen, die sich in der künftigen Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf als bildungsunfähig herausgestellt haben und nicht mehr Platz in dem dortigen Gebäude für Idioten finden, hierher zu versetzen. Das wäre schon deswegen sehr zweckmäßig, weil es sich nicht empfiehlt, in der Erziehungsanstalt eine größere Idiotenstation entstehen zu lassen, die sich bald als Anstalt in der Anstalt auswachsen, immer mehr Platz beanspruchen würde und das Ansehen der Erziehungsanstalt als solcher wenigstens in den Augen der ihre Kinder dorthin bringenden Eltern leicht herabsetzen könnte. Hier auf dem Lande, fern von größern Städten, mitten unter landwirtschaftlicher Bevölkerung, die die Kranken dieser Art kennt, würde sie die Zentrale sein, an die sich die Koloniegüter anlehnen, von der aus sie mit verwaltet werden könnten. Sie würde auch die natürliche Aufnahmestätte für solche sein, die in den Koloniegütern durch körperliche oder geistige Krankheit vorübergehend arbeitsunfähig werden. Endlich könnte sie als Hilfskräfte die aus der Erziehungsanstalt entlassenen dort für den Hausdienst vorbereiteten schwachsinnigen Mädchen aufnehmen. Dadurch würde also auch ein Unterschlupf für diese geschafft; es könnte Wärterinnenpersonal gespart werden, und die ganze Wäscherei- und Flickarbeit, die notwendig aus einer Ausdehnung der Kolonisation folgen würde,

hier am Orte ohne erhebliche Zuhilfenahme fremder Kräfte besorgt werden.

Die hiesige Kolonie (s. S. 385 Bd. 61) verzinst sich zu 3⁰/₀; müßte sie für den Lebensunterhalt und die Bekleidung der 17 Kolonisten, die zurzeit dort untergebracht sind, und für die ein Verpflegbeitrag gezahlt wird, aufkommen, so würde sie sich gerade erhalten können. Zweifellos würde dies Resultat auch erzielt werden, wenn bei einer Ausdehnung der Kolonisation nicht nur solche hochgradig Schwachsinnige, wie sie zurzeit in der Kolonie sind, sondern auch besseres in der Feldarbeit gut ausgebildetes Material der Erziehungsanstalt eingestellt würde. Die tüchtigsten Arbeiter, die ohne Aufsicht zu arbeiten vermöchten, könnte man bei Überfluß von Arbeitskräften auch als Lohnarbeiter auf das nahe Rittergut verdingen, das sie sicher gern gegen russische oder polnische Arbeiter eintauschen und ebenso lohnen würde, wenn es sich überzeugt hätte, daß sie dasselbe leisten; brauchte es doch dann nicht für deren Unterkunft zu sorgen. Das Arbeitslohn würde zum größten Teil für die Unterhaltung der Kolonien, zum kleinen Teil für persönliche Anschaffungen und Annehmlichkeiten verwendet werden.

Das erstrebenswerte Ideal ist jedenfalls, daß eine derartige Einrichtung sich selbst eingerechnet die nötige Anzahl von Beamten erhält; sie soll also wenn möglich die Staatslasten nicht noch vermehren. Sie soll weiter dem Schwachsinnigen ein dauerndes gemütliches Heim bieten, in dem seiner Individualität Rechnung getragen, und in dem er vor Schritten bewahrt wird, die ihn für seine Mitmenschen zu einer Gefahr machen können (s. S. 598). — Das Schwierigste ist es, die Geldmittel zusammenzubringen, um Güter zu diesem Kolonisationszweck anzukaufen. Der jetzige Unterstützungskassenfonds würde durch den Ankauf und Ausbau eines einzigen erschöpft werden und könnte dann nicht für die vielen jetzt im Lande zerstreuten unterstützungsbedürftigen Schwachsinnigen ausgenützt werden. Es gilt also die Öffentlichkeit, die fast keine Kenntnis von der Schwachsinnigenfürsorge hat, für sie zu interessieren, wie dies zu jeder Zeit für die Blindenfürsorge geschehen ist. Die Blindenanstalten verfügen über einen Fonds von 1 1/2 Millionen, aus dessen Zinsen

nicht nur die wirklich Fürsorgebedürftigen, sondern alle Anstaltsinsassen nach der Entlassung kräftig unterstützt werden können. Wenn es gelänge, nur einige mildtätige Stiftungen den Schwachsinnigen zuzuwenden, so würden auch die oben skizzierten Zukunftspläne zu verwirklichen sein.

Die Grundsätze der Schwachsinnigenerziehung, wie sie oben dargelegt worden sind, würden auch nach dem soeben vorgeschlagenen Ausbau der Schwachsinnigenfürsorge dieselben bleiben. Denn auch dann würde man denjenigen, die ihre Kinder nach der Ausbildung in der Erziehungsanstalt zurück begehren, diese nicht vorenthalten dürfen. Sie müssen also für das Leben in noch freieren Verhältnissen als es die Kolonien bieten würden, physisch, intellektuell und moralisch möglichst gut ausgebildet sein.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

72. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 7. November 1903 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Baucke, Bernard, Bodet, Brie. Deiters, v. Ehrenwall, Ennen, Erlenmeyer, Fabricius, Fuchs, Geller, Gerhartz, Gudden, v. d. Helm, Herting, Landerer, Levison, Liebmann, Lückcrath, Meyer-Neuß, Neuhaus, Oebeke, Pelman, Peretti, Pfahl, Pohl, Rusak, Schreiber. Schulten, E. Schultze, Staehly, Stallmann, Stier, Tomsen, Tippel, Umpfenbach. Voßschulte, Wahl, Weichelt, Wilhelmy, Wirsch.* Als Gäste sind anwesend: Oberstabsarzt *Blumberg-Bonn, Gierlich-Wiesbaden, Oberstabsarzt Haehner-Cöln, Oberarzt Hellebrecht-Bonn, Oberstabsarzt Hünermann-Coblenz, Lennep-Bonn, Lose-Godesberg, Mörchen-Andernach, Mohr-Grafenberg, Oberarzt Nötel-Düsseldorf, Oberstabsarzt Oertel-Bonn, Generalarzt Ott-Coblenz, Wahn-Bonn.*

Der Vorsitzende -- *Pelman* -- eröffnet die Sitzung, indem er die anwesenden Mitglieder und die Gäste begrüßt, namentlich die zahlreich erschienenen Militärärzte. An den durch die Folgen einer Apoplexie am Erscheinen verhinderten Direktor *Gottlob* in Merzig sendet die Versammlung ein Begrüßungs-telegramm.

Ausgetreten aus dem Verein in Folge von Verzug sind *Altzheimer. Danckwardt, Löwenstein, Richter, Servaes, Telke.*

Durch Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Dr. *Gierlich-Wiesbaden, Dr. Lennep-Bonn, Dr. Mayer-Düren, Dr. Mörchen-Andernach. Dr. Mohr-Grafenberg, Oberstabsarzt Rieder-Coblenz, Dr. Schütte-Andernach. Dr. Wahn-Bonn.* — Der Verein zählt jetzt 139 Mitglieder.

Auf Antrag von *Peretti* wird der bisherige Vorstand, (*Pelman, Oebeke, Umpfenbach*) durch Akklamation wiedergewählt. —

Es folgen dann die Vorträge:

a) *Ernst Schultze*: Über Psychosen bei Militärgefangenen:

Vortragender hatte während seines vierjährigen Aufenthaltes an der Andernacher Anstalt Gelegenheit, eine größere Zahl von Militärgefangenen zu

beobachten oder zu begutachten. Je 7 litten an Epilepsie bzw. Hysterie, 5 an Imbecillität und ebenso viele an Dementia praecox, 4 an manisch-depressivem Irresein, einer an Alkoholintoleranz ohne ausgesprochene Geistesstörung, einer an degenerativem Irresein, einer gab zu Unrecht an, an Sinnestäuschungen gelitten zu haben und bei einem letzten konnte endlich eine bestimmte psychiatrische Diagnose nicht gestellt werden; daß er krank war, stand fest.

Vortragender bespricht kurz die Beobachtungen, die er bei einzelnen Krankheitsgruppen gemacht hat, und berücksichtigt des genaueren die Hysterie und die Dementia praecox. Die Frage der Simulation wird natürlich erörtert.

Vortragender beschließt seinen Vortrag mit der Aufzählung und kurzen Begründung einer Reihe von Forderungen, die alle darauf hinauslaufen, daß auch beim Militär die Psychiatrie noch mehr Berücksichtigung finden soll, als es bisher geschieht.

(Der Vortrag wird demnächst in Buchform erscheinen.)

Diskussion: *Stier-Cöln* Festungsgefängnis betont, daß auch nach seiner Erfahrung die Hysterie zu den häufigsten Erkrankungen der Militärgefangenen gehört, und zwar nicht nur, wenn man den Begriff der Hysterie sehr weit begrenzt, sondern auch dann, wenn man die sehr große Zahl alter Gefangener, welche allgemein nervöse Schwachzustände und eine überall gleichmäßige Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit aufweisen, nicht ohne weiteres zur Hysterie hinzurechnet. Die große, vom Vortragenden gefundene Zahl von Epileptikern dagegen setze eine so weite Begrenzung des Begriffes der Epilepsie voraus, daß er darin dem Vortragenden nicht ganz folgen könne.

Den praktischen Vorschlägen schließt er sich an, da sie sich mit den von ihm vor 2 Jahren gemachten Vorschlägen im allgemeinen decken. Für einen Fortschritt hält er den Vorschlag, auch die frühere Überweisung an die Fürsorgeerziehung in der Stammrolle vermerken zu lassen, für nicht durchführbar jedoch die Eintragung eines Urteils über die schlechte Lernfähigkeit in die Stammrolle. Hier würde die Mitteilung, daß jemand eine Hilfsklasse für schwachbefähigte Kinder besucht habe, allein durchführbar und auch genügend sein.

E. Schultze glaubt, daß sich seine Ansichten und Forderungen doch mehr mit denen von *Stier* decken, als es auf den ersten Blick scheint. Auch hier in Bonn, wo zurzeit eine größere Zahl von Militärgefangenen als geisteskrank beobachtet wurden, findet sich häufig Analgesie; Hysterie weniger. Es sei wohl anzunehmen, daß namentlich gelegentlich des Chinafeldzuges eine ganze Menge Leute besser nicht eingestellt worden wären. Jeder Schwachsinn läßt sich natürlich nicht in der Stammrolle bemerken. Es läßt sich dabei allerdings schwer eine bestimmte Grenze ziehen. Die sog. Hilfsschulen gibt es ja nicht in allen Orten.

b) *Mohr-Grafenberg*: Zur Behandlung der Aphasie.

Der Redner berichtet über einen Fall von motorischer und sensorischer Aphasie, der ihm von Wildermuth zum Unterricht anvertraut wurde und dessen Unterricht er 3½ Jahre geleitet hat, und teilt die Methode mit, die er dabei angewandt hat: Zunächst Widerstandsbewegungen mit der beim Sprechakt beteiligten Zungen-, Mund- und Unterkiefermuskulatur. Dann Laut- und Silbenbildung nach Art der bei Taubstummen bzw. bei Schwachsinnigen geübten Methode, jedoch mit strenger Individualisierung und Berücksichtigung der hervorstechenden Merkmale der sog. „inneren Sprache“ und der Sprachstörungsart. Im Zusammenhang damit Lesen und artikulierend Schreiben. Besonders wichtig ist die Übung sinnloser Silben, was auch Goldscheider betont. Übung des die Buchstaben begleitenden Gefühlstons; gegen die Paraphasie Artikulierenlassen ähnlich lautender Wörter unmittelbar hintereinander. Bei der Behandlung des (bisher noch sehr wenig berücksichtigten) Agrammatismus ging der Vortragende von der Wundtschen Auffassung des Satzes als einer Gesamtvorstellung aus und macht den Versuch, im Anschluß an diese psychologischen Eigentümlichkeiten des Satzes die dabei zu beachtenden synthetischen und analytischen Funktionen dem Kranken beizubringen. Bei der Satzbildung, wie schon bei der des Wortes, ist auch auf Accent, Tonmodulation, Atemverteilung, Pausen, schleifende Verbindung der Worte bzw. Silben usw. zu achten. Zur Übung des Sprachverständnisses: Mundableseübungen (aber je nach dem Falle in bestimmter Ausdehnung) Auffassen sinnloser Silben, Heranziehung aller denkbaren Assoziationshilfen, unter anderem auch des Gefühlstons der Worte; gegen die Paraphasie (außer obiger Übung) Hinweis auf die Kontrollen seitens der Artikulationsempfindungen. Bei Auffassungsübungen von Sätzen wird aus der genannten psychologischen Feststellung des Wesens der Sätze eine entsprechende Reihe von Aufgaben abgeleitet. Wichtig für linkshändige Schreibübungen, die den übrigen Unterricht immer begleiten und die, wie auch andere linksseitige Bewegungen, den Zweck einer „Reizung“ der rechten Gehirnhälfte zu vikariierender Funktion haben sollen. Außer Abschreiben wurde Spontan- und Diktatschreiben in verschiedenen Formen geübt. Neben den eigentlichen Sprachübungen, bei denen die Hauptsache möglichst Individualisierung, Konzentration des Stoffes in scheinbar einfache Aufgaben, Herbeiziehung aller verfügbaren sprachlichen Assoziationen ist, wurden Assoziations-, Kombinations- und Apperzeptionsübungen vorgenommen; auch wurde Wert auf eine Anregung des Gefühls- und Affekts beim Unterricht, überhaupt auf eine Berücksichtigung der Gesamtpsyche gelegt. Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden. (Eigenbericht).

c) *Rusak-Cöln* gibt dann der Versammlung einen ausführlichen Bericht über die zweite Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in Leipzig vom 14. Sept. 1903, soweit die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens dort beraten wurde. Landrat *Vorster-Düsseldorf*, Geh. Medizinalrat *Weber-Sonnenstein* und Medizinalrat *Rusak-Cöln* waren dort die Referenten.

Auf Antrag des Vorsitzenden unterbleibt eine eingehendere Diskussion, da der Deutsche Verein für Psychiatrie die Sache in die Hand genommen hat, und da die verbündeten Regierungen für absehbare Zeit nicht gewillt sind, der Frage näher zu treten.

d) *Herting-Galkhausen*: Beiträge für die statistische Kommission. (Ignorierung von Gutachten. Entlastung krimineller Geisteskranker.)

Herting berichtet über einen Gefangenen, der in einem präepileptischen Dämmerzustande einen anderen Gefangenen erstochen hatte. In der Hauptverhandlung gab der Angeklagte ebenso wie während der sechswöchentlichen Beobachtung zunehmend verwirrte Antworten, saß traumverloren, gleichgültig, wie abwesend da, antwortete schließlich garnicht, sodaß die ärztlichen Sachverständigen sich veranlaßt sahen, den Angeklagten als zur Zeit verhandlungsunfähig zu bezeichnen. Das Gericht trat der Ansicht nicht bei, sodaß die Verhandlung fortgesetzt wurde. Für den Ausgang des Prozesses war der Gerichtsbeschluß glücklicherweise belanglos, da die später vernommenen Zeugen in erforderlichem Maße erbliche Belastung bekundeten; daraufhin erfolgte nach § 51 Freisprechung.

In einem anderen Falle handelte es sich um einen jungen Mann, der wegen Körperverletzung zu 2½ Monate Gefängnis verurteilt, unmittelbar nach der Verhandlung, aber 4 Monate nach der Tat, geisteskrank wurde. Er war über ein Jahr in der Anstalt und wurde genesen entlassen. Es lag absolut kein Anlaß zur Annahme vor, daß er zur Zeit der Tat geisteskrank gewesen war; trotzdem gab das Gericht in einer neuen Verhandlung sein Urteil dahin ab: „daß, wenn auch der Sachverständige das Vorhandensein einer Geisteskrankheit für ausgeschlossen halte, doch nach dem Verhalten des Angeklagten vor Gericht die Möglichkeit einer Geisteskrankheit für vorliegend erachtet werden müsse; er sei daher freizusprechen“.

Die Haftentlassung krimineller Geisteskranker erfolgte früher „unter Vorbehalt der Wiedereinziehung im Falle der Genesung“ und „sofern die Verwahrung in einer Irrenanstalt gesichert sei, bzw. erscheint“. Diese Bestimmungen waren nach ministerieller Auslassung nicht als an die Haftentlassung geknüpfte Bedingungen, sondern als Anweisung an die Verwaltungsbehörden anzusehen und sind seit 28. Juli 1900, bzw. April 1902 in Wegfall gekommen. Trotzdem ließ ein Oberstaatsanwalt im April 1903 der bedingungslosen ministeriellen Entlassungsanordnung hinzusetzen: „ich setze aber voraus, daß dieser äußerst gemeingefährliche Verbrecher in einer Irrenanstalt sicher und dauernd verwahrt wird“.

In Galkhausen waren seit dem 3½jährigen Bestehen der Anstalt 36 unmittelbar aus Strafhaft bzw. Irrenabteilung der Gefängnisse überführte Pfleglinge untergebracht, von welchen 20 ihre Strafe verbüßt, 16 nicht verbüßt hatten. Von den letzteren befinden sich noch 8 in der Anstalt, 3 ent-

wichen, 2 wurden auf unsern Antrag in Strafhft zurückgezogen und drei wurden entlassen.

Von den letzteren befindet sich einer seit 2 1/2 Jahren in voller Freiheit, obwohl er seine Strafe nicht verbüßt hat und als geistig gesund bezeichnet werden muß; bei ihm führte jeder erneute Strafvollzug eine neue Erkrankung herbei, die nach Verbringung in die Irrenanstalt sofort nachließ: er ist nicht strafvollzugsfähig und nicht irrenanstaltspflegebedürftig.

Bei einem Kranken war nach dem Gutachten des Gefängnisarztes „bei geeigneter Behandlung und Pflege, Besserung und Genesung zu erwarten“. Auf ihn mußten § 493 der Strafprozeßordnung, sowie die Ministerialerlasse vom 26. Oktober 1858 (M.-Bl. S. 257) und vom 2. Februar 1879 (M.-Bl. S. 57) Anwendung finden, nach welchen ausdrücklich „in Fällen, wo die Geisteskrankheit eines Strafgefangenen heilbar ist, für die Wiederherstellung der Sträflinge wie in andern Fällen, von der Strafanstalt gesorgt werden muß und nach welchen ausdrücklich „die Zeit des Aufenthaltes in der Irrenanstalt während der Kur dem Sträfling auf die Strafzeit anzurechnen ist.

Wie zu erwarten, wurde die Anrechnung abgelehnt, da der Sträfling aus der Haft entlassen sei. Ein Versuch, dem Gefangenen einen Pfleger bestellen zu lassen, um ihm durch Anfechtung der Haftentlassungsanordnung auf Grund jener Erlasse Anrechnung zu erwirken, mißlang, indem das Gericht die Bestellung einer Pflugschaft ablehnte, weil die Anfechtung aussichtslos sei.

Autoreferat.

Diskussion: *Fabricius* berichtet über Fälle, die von Geisteskrankheit genesen, ins Gefängnis zurückgebracht wurden. Die Anstaltszeit wurde ihnen angerechnet.

Stier bemerkt, daß in der Armee bei sehr schwerer Krankheit immer Erlaß der Strafe eintritt, gleichviel ob es sich um körperliche oder geistige Krankheit handelt.

Umpfenbach.

Literatur.

Löwenfeld: Die psychischen Zwangserrscheinungen.
Wiesbaden, Bergmann, 1904. 568 S. 13,60 Mk.

Mit obigem Werke hat Verf. eine sehr empfindliche Lücke auf das beste ausgefüllt. Er verarbeitet 200 eigene Beobachtungen und gibt 142 Krankengeschichten. In zwölf Kapiteln behandelt er die Geschichte, Definition, Einteilung der Zwangserrscheinungen, die Zwangserrscheinungen der intellektuellen, emotionellen und motorischen Sphäre, die Anfälle derselben, ihre Ätiologie, Nosologie, Verlauf und Prognose, ihre forense Bedeutung und endlich die Prophylaxe und Therapie. Nicht bloß die eigene Erfahrung ist eine imponierende, sondern auch die ruhige Kritik der vielen divergierenden Meinungen und die feine psychologische Analyse. Seine eigene Definition lautet so: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, welche der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangeln. Dieser Mangel — die Immobilität — kann sowohl einzelne bestimmte Zwangsvorstellungen, als Assoziationsreihen einer gewissen Richtung betreffen“. Dadurch kommt Störung des psychischen Ablaufs zustande. Verf. betont also als charakteristisch nur die Immobilität der Zwangserrscheinungen, nicht aber das Gefühl des Zwanges und die Belehrbarkeit, die beide zeitweise fehlen können. Ref. meint, daß dann in concreto oft die Differentialdiagnose von Wahnideen unmöglich ist, um so mehr, als letztere einmal nur ganz kurze Zeit bestehen können und dann korrigiert werden. Andererseits ist die Abgrenzung der Zwangsideen von gewöhnlichen Gewohnheiten oft recht schwer und meist rein willkürlich. Man kann einen subjektiv gefühlten und objektiv sich darstellenden Zwang unterscheiden. Wenn so, dann kann man recht gut auch viele Wahnideen, fixe oder bewegliche, als Zwangsideen auffassen. Andererseits ist es nicht leicht, besonders bei Psychosen, Angstzustände, Verstimmungen etc. als Zwangserrscheinungen festzulegen, noch schwieriger bei Halluzinationen. So manche der vom Verf. beschriebenen Fälle sind in den Anstalten sehr wahrscheinlich nicht als mit Zwangs-, sondern als mit Wahnideen etc. behaftete angesehen worden. Manches erscheint also dem Ref. in Verf.s Buch willkürlich interpretiert. Seine Haupteinteilung der Zwangszustände in intellektuelle, emotionelle und motorische, scheint eine gute zu

sein. Über die Unterabteilungen ließe sich wohl streiten, da sie nicht immer spezifische Besonderheiten tragen und bei vielen das Material zu klein ist. Sehr ausführlich werden die Angstzustände abgehandelt. Verf. fand in 69⁰/₀, resp. 76—77⁰/₀ aller seiner Fälle von Zwangszuständen erbliche Belastung vor, mehr bei Männern als Frauen; sie treten meist zwischen dem 20.—50. Jahr (des Eintritts in die Beobachtung) auf, während die Wurzeln sehr häufig sich bis in die Kinderjahre hinein nachweisen lassen. Außerdem werden essentielle, accessorische und auslösende Ursachen angenommen. Bei Angstzuständen spielen sexuelle Momente eine große Rolle. Die „Immobilität“ der Zwangserscheinungen — das ihr Charakteristikum! — beruht hauptsächlich in einer Schwäche des Willens und der Assoziationsmechanik. Sehr schön und klar wird die forense Bedeutung all dieser Zustände dargelegt, ebenso die Prophylaxe und die ziemlich aussichtsreiche Therapie.

Nücke.

Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein. — Der im vorigen Jahre neubegründete und nach dem Vorbilde des Vereins preußischer Medizinalbeamten organisierte Deutsche Medizinalbeamten-Verein, über dessen erste Hauptversammlung in München wir berichtet haben, hielt seine diesjährige zweite Versammlung in Leipzig ab. Die Eröffnungssitzung begann Montag, den 14. März, im Gartensaale des Zoologischen Gartens unter Leitung des Geh. Med.-Rats Dr. Rapmund-Minden. Das sächsische Ministerium des Innern und die Stadt Leipzig waren in der Sitzung amtlich vertreten.

Verhandlungsgegenstand der Sitzung war die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Als erster einführender Redner sprach Landesrat Vorster-Düsseldorf. Der Gedankengang seiner Ausführungen war der folgende: Ein Irrengesetz hat seine Hauptaufgabe in der Sicherung ausreichender Fürsorge für die Geisteskranken und verwandte Gruppen von Kranken innerhalb und außerhalb der Anstalten zu erblicken, nicht aber sich einseitig auf strenge Aufnahmebestimmungen zur Verhütung „widerrechtlicher Freiheitsberaubung“ zu beschränken. Was in letzterer Hinsicht an Verwirrung der öffentlichen Meinung geschehen, sei unglaublich: man gebe sich vielfach, als ob es sich eigentlich um die gesetzliche Knebelung der gemeingefährlichen Irrenärzte handle, und als ob der größere Teil der in Irrenanstalten Befindlichen widerrechtlich eingesperrt sei. Redner verwies in dieser Hinsicht auf die bekannten Äußerungen der Abgeordneten Dr. Lenzmann, Stadthagen u. a. m. Danach gebe es bei uns gar kein einfacheres Mittel, sich eines unbequemen Menschen zu entledigen, als das, ihn in eine Irrenanstalt zu bringen. Die Gesetzgebung dürfe natürlich dem Drängen einer derartig in Verwirrung gebrachten Meinung nicht nachgeben. Im Deutschen Reiche besteht ein Irrengesetz nicht. Zugunsten der Einheitlichkeit der leitenden Grundsätze ist aber ein Reichsgesetz zu erstreben an Stelle von Landesgesetzen und Verordnungen. Es ist auch vom rechtlichen Standpunkte aus notwendig, von dem der Irrenheilkunde und der Gesundheitspflege aus mindestens wünschenswert. Mit Rücksicht jedoch auf die verbreiteten, selbst an maßgebenden Stellen vorhandenen Vorurteile und die dadurch bedingte Gefahr einer unheilvollen Gestaltung der Irrengesetzgebung

ist an die gesetzliche Regelung mit größter Vorsicht heranzutreten und zunächst auf möglichste Aufklärung der öffentlichen Meinung hinzuwirken. Das Irrenwesen ist eine öffentliche Angelegenheit. Der Staat hat also das Recht und die Pflicht der Fürsorge für die Geisteskranken, sowie für die geistig nicht gesunden Menschen innerhalb und außerhalb der Anstalten. Das Reichsirrengesetz soll sich auf Geisteskranke, Blöde, Fall- und Trunksüchtige erstrecken. Die Landesgesetze haben die zur Ausführung des Reichsirrengesetzes erforderlichen Anordnungen nach Maßgabe der von dem Bundesrate aufzustellenden allgemeinen Grundsätze zu treffen. Die Tätigkeit des Staates betrifft sowohl die Fürsorge für die Irren, wie den Irrenschutz.

In der Irrenfürsorge hat das Reichsirrengesetz in Anbetracht der wichtigen Beziehungen des Alkohols zu den Geisteskrankheiten vorzuschreiben, daß einheitliche Grundsätze zur Bekämpfung übermäßigen Alkoholgenußes durch Verordnung des Bundesrates erlassen werden sollen. Auf demselben Wege ist gegen den Mißbrauch des Morphiums und ähnlicher Gifte, sowie gegen Syphilis einzuschreiten. Das Gesetz hat Regeln zur Durchführung einer allgemeinen Fürsorge für die außerhalb der Irrenanstalten, sei es in Familien-, sei es in Krankenhauspflege befindlichen Geisteskranken in Aussicht zu nehmen und allgemeine Anzeigepflicht vorzusehen. Die Privat-Irrenanstalten sind aus der Reichsgewerbeordnung zu streichen und in das Reichsirrengesetz einzustellen.

Eine Verstaatlichung des Irrenwesens in den größeren Bundesstaaten empfiehlt sich nicht, da sich die Trennung auf Grund der Selbstverwaltung durchaus bewährt hat.

Das Gesetz hat Vorsorge zu treffen, daß überall im Reiche eine ausreichende Anzahl von Irrenanstalten vorhanden ist. Allein in Preußen wuchs die Zahl der in Anstalten untergebrachten Irren von 18895 im Jahre 1880 auf 43411 im Jahre 1895: ein Beweis für die außerordentliche Wichtigkeit der Beschaffung genügender Unterkunft. Die Blöden, Trunksüchtigen und Epileptiker bedürfen in der Regel besonderer Anstalten. Die irren Verbrecher, also die geistig erkrankten Verbrecher, sind in Anhängseln an größere Strafanstalten unterzubringen, die durchaus als Irrenanstalten eingerichtet und der besonderen Leitung eines in der Irrenheilkunde erfahrenen Arztes unterstellt sind. Für die geistig Minderwertigen, sofern sie mit dem Strafgesetze in Berührung gekommen und unter Annahme verminderter Zurechnungsfähigkeit verurteilt worden sind, ist die Errichtung besonderer staatlicher Bewahanstalten vorzusehen. Die Leitung der Anstalten für Geisteskranke, Blöde, Trunksüchtige und Epileptiker ist ausschließlich Ärzten zu übertragen. Die Anforderungen, die an die Irrenanstaltsärzte, namentlich soweit sie sich in leitender Stellung befinden, zu stellen sind, bedürfen in ihren Hauptzügen der gesetzlichen Regelung. Ebenso ist eine ausreichende Ärztezah! im Verhältnis zum Krankenbestande, sowie eine genügende Ordnung der Anstellungsbedingungen sicherzustellen. Über die Verhältnisse der Pflegepersonen der Irrenanstalten, ihre Ausbildung, ihre Aufsichts- und

wirtschaftliche Stellung sind allgemeine reichsgesetzliche Grundsätze aufzustellen.

Was weiter den Irrenschutz anlangt, so ist im allgemeinen zuzugeben, daß die gesetzlichen Grundlagen für die zwangsweise Einsperrung eines Geisteskranken nicht allenthalben befriedigen. Aufgabe des Reichs-irrengesetzes ist es also, bestimmte gesetzliche Gesichtspunkte aufzustellen, von deren Erfüllung die Aufnahme, die Festhaltung und die Entlassung eines Geisteskranken abhängig zu machen ist. Zugunsten einer wirksamen Heilbehandlung ist das größte Gewicht darauf zu legen, daß die Aufnahme-Förmlichkeiten möglichst einfach sind, und daß das Aufnahmeverfahren kurz und schleunig ist. Bestimmte Gruppen von Antragsberechtigten festzusetzen, empfiehlt sich nicht. In der Regel sollen die leitenden Anstaltsärzte über die Aufnahmeanträge entscheiden. Gegen weitgehende Vorschriften zur Verhütung einer ungerechtfertigten Festhaltung in der Anstalt sind grundsätzliche Bedenken nicht zu erheben. Neben scharfer staatlicher Aufsicht erscheint dazu als einfachstes und wirksamstes Mittel, daß für jeden gegen seinen Willen in einer Irrenanstalt Untergebrachten alsbald — sofern noch kein Vormund oder Pfleger bestellt ist — ein Vertreter zur Wahrnehmung seiner Interessen (Fürsorger) zu ernennen ist. Außerdem ist der Staatsanwaltschaft die staatliche amtliche Vertretung aller festgehaltenen Geisteskranken wegen erhobener Beschwerden über ungerechtfertigte Festhaltung zu übertragen. Die Entlassung soll möglichst erleichtert werden. Das Reichsgesetz hat deshalb zu bestimmen, daß niemand in einer Irrenanstalt länger zurückgehalten werden darf, als das vom wissenschaftlich-irrenärztlichen Standpunkt für notwendig zu erachten ist. Andere als irrenärztliche Erwägungen, namentlich polizeiliche Rücksichten, Entmündigungsfragen usw. sollen für die Entlassung nicht maßgebend sein. Andererseits dürfen Platzfragen und Kostenfragen die unzeitige Entlassung pflegebedürftiger Kranken nicht bedingen. Die Aufsichtsbehörden endlich sollen über hinreichend sachverständige Mitglieder verfügen.

Der zweite Berichterstatter, Leiter der Heilanstalt Sonnenstein, Geh. Med.-Rat Weber führte eine Anzahl der vom Vorredner erhobenen Forderungen näher aus.

In der Erörterung, die sich an die Vorträge über die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens schloß, wurde namentlich die Behandlung der irren Verbrecher und der geistig Minderwertigen besprochen. Zwei Anschauungen standen einander gegenüber. Die eine hauptsächlich vertreten durch Prof. Aschaffenburg (Halle a. S.) und Geheimrat Sander (Dalldorf) erklärt die Absonderung dieser Gruppen von den übrigen Irren für bedenklich, weil die Zusammenbringung vieler Verbrecher und Minderwertiger einen sehr nachteiligen Einfluß auf den einzelnen und eine sehr schwierige Leitung und Überwachung der betreffenden Anstalten zur Folge habe. Demgegenüber machten namentlich Vorster und Rusak geltend, daß man verpflichtet sei, die harmlosen Irren vor den schädlichen Einflüssen jener schlimmeren zu schützen, und daß der Unfug endlich einmal aufhören müsse,

der sich neuerdings bei abgefeimten Verbrechern herausgebildet hat, daß sie nämlich den „wilden Mann“ spielen und sich irrsinnig gebärden, um ins Irrenhaus zu kommen, wo sie dann in kürzester Zeit ausbrechen, um ihr

Bericht über die Bewegung in den Nieder-

Irrenanstalt zu	Bestand am 1. Januar 1902			Aufnahmen im Jahre 1902		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
Amsterdam	55	70	125	13	18	31
Bloemendaal	597	716	1313	107	135	242
Boekel	137	—	137	46	—	46
Delft	227	227	454	54	65	119
Deventer	188	196	384	53	39	92
Ede	—	17	17	—	4	4
Ermelo (s Heeren Loo)	139	58	197	24	13	37
Ermelo (Veldwijk)	186	284	470	34	88	122
Franeker	152	167	319	28	22	50
GorBel	—	5	5	—	2	2
Grave	—	91	91	—	28	28
's-Gravenhage	208	144	352	100	55	155
Groningen	4	1	5	9	22	31
's-Hertogenbosch	277	243	520	67	33	100
Loosduinen	234	234	468	94	79	173
Maastricht	28	32	60	5	7	12
Medemblik	317	59	376	122	40	162
Oestgeest (Endegeest)	176	196	372	53	44	97
OB	20	—	20	—	—	—
Rosmalen	269	253	522	44	37	81
Rotterdam (Stad)	9	13	22	89	65	154
Rotterdam (St. Antonius)	—	6	6	—	—	—
Termunten (Wagenborgen)	17	29	46	4	1	5
Utrecht	202	177	379	48	37	85
Vught	396	507	903	77	96	173
Zuid-Laren	178	218	396	41	89	130
Zutphen	330	328	658	100	118	218
Summa	4346	4271	8617	1221	1137	2358

altes Gewerbe von neuem zu beginnen. Die Versammlung spricht ihre Zustimmung zu den Ausführungen der Berichterstatler aus.

(Tägl. Rundschau 1904, No. 443.)

ländischen Irrenanstalten im Jahre 1902.

Genesen			Verstorben im Jahre 1902			Bestand am 1. Januar 1903		
Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
8	11	19	6	9	15	54	68	122
18	43	61	61	65	126	615	738	1353
15	—	15	9	—	9	159	—	159
18	16	34	29	21	50	220	241	461
21	12	33	15	18	33	198	196	394
—	1	1	—	1	1	—	—	—
—	—	—	5	1	6	146	67	213
7	24	31	10	13	23	195	317	512
3	9	12	14	9	23	156	169	325
—	1	1	—	—	—	—	6	6
—	3	3	—	3	3	—	104	104
31	16	47	39	19	58	226	156	382
3	1	4	2	—	2	1	2	3
12	9	21	34	21	55	291	242	533
20	14	34	24	23	47	266	265	531
1	4	5	4	1	5	26	29	55
39	4	43	29	7	36	336	70	406
18	16	34	22	23	45	178	197	375
—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	13	23	20	24	44	267	247	514
14	9	23	7	5	12	5	7	12
—	—	—	—	—	—	—	6	6
—	—	—	—	—	—	19	30	49
21	14	35	20	10	30	193	161	354
33	33	66	33	47	80	405	517	922
13	26	39	16	13	29	185	248	433
23	33	56	33	32	65	360	374	734
328	312	640	432	365	797	4501	4457	8958

Dr. A. H. van Andel.

Ministerialerlaß vom 21. März 1904 für Preußen betr. Zuziehung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren. — Die Verfügung vom 1. Oktober 1902, welche auf Zuziehung der zuständigen Medizinalbeamten bei Entmündigungen gerichtet ist, soll keineswegs darauf abzielen, die Leiter und Ärzte der Irrenanstalten auszuschließen, wo der zu Entmündigende sich befindet. Erstens könnte das im Verwaltungswege garnicht verfügt werden, zweitens aber sind häufig die besonders genauen Kenntnisse des Einzelfalles, über welche die Anstaltsärzte verfügen, „besondere Umstände“ im Sinne des § 404, Abs. 2 Z.P.O., welche ihre Zuziehung rechtfertigen.

Aus Sachsen und Thüringen. — Zwischen den Regierungen von Sachsen-Weimar und Reuß ä. L. ist ein Vertrag abgeschlossen worden, nach welchem vom 1. Januar 1905 ab die Geisteskranken aus Reuß ä. L. in die Großherzogliche Landes-Irren-Heilanstalt und psychiatrische Klinik zu Jena und in das Karl Friedrich-Hospital zu Blankenhain gegen Zahlung der üblichen Verpflegungssätze aufgenommen werden. Außerdem zahlt Reuß ä. L. an Weimar einmalig 25000 Mk. zu notwendigen Baukosten. Dabei steht sich das Fürstentum, welches bekanntlich keine Schulden hat, jährlich um 16000 Mk. besser als bei dem zurzeit mit dem Königreiche Sachsen noch laufenden Vertrag. Der neue Vertrag kann erst nach 25 Jahren gelöst werden.
(Altenb. Ztg. 1904, No. 10.)

Geisteskranke Verbrecher in England. — Der Fall des Prinzen Arenberg gibt Veranlassung, kurz mitzuteilen, wie irrsinnige Verbrecher in England behandelt werden. Nach einem Gesetz vom 28. Juli 1800 soll die Jury, wenn auf Unzurechnungsfähigkeit bei der Verhandlung plädiert worden ist, und sie den Angeklagten freigesprochen hat, gefragt werden und erklären, ob die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit Grund der Freisprechung gewesen ist. Wird die Frage im bejahenden Sinne beantwortet, so soll das Gericht verfügen, daß „eine solche gefährliche Person“ in einer dafür bestimmten Anstalt gefangen gehalten werde, bis der Wille Seiner Majestät über den Fall kundgegeben worden ist. In gleicher Weise soll verfahren werden, wenn jemand eine Straftat begangen hat, und in Anbetracht seines Geisteszustandes Bedenken vorliegen gegen Einleitung eines förmlichen Strafverfahrens. In letzterem Falle solle eine Jury speziell zur Herbeiführung eines Wahrspruchs über seine Zurechnungsfähigkeit berufen werden. Ein fernerer Gesetz vom 12. April 1867 bestimmt, daß die etwaige Außerhaftsetzung des Verbrechers entweder unbedingt oder bedingt durch Verfügung des Ministers erfolgen kann. Ist sie bedingt erfolgt, so soll für den Fall einer Zuwiderhandlung gegen die Bedingung sofortige Verhaftung und Zurückführung in die Anstalt, ebenfalls seitens des Ministers, verfügt werden. Nach

der Strafstatistik vom Jahre 1903 waren Ende 1901 im ganzen 791 geistes-
kranke Straftäter in Gefangenschaft. Von diesen waren 511 über 5 Jahre
und 163 über 20 Jahre gefangen gehalten. Von der Gesamtzahl waren 377
des Mordes schuldig. (Nat. Ztg. 1904, No. 170.)

Wärterbestrafung. — In der Irrenanstalt zu Tours hatte ein Kranker
Méchin das Wartepersonal stets grob geneckt. Man wollte ihm am 8. De-
zember 1903 die Jacke anlegen, es kam zum Kampfe und in ihm ward er
erwürgt. Die Familie strengte eine Zivilklage an. Sie endigte damit, daß
der Wärter Redureau zu 1 Jahr Gefängnis und 50 Frc. Buße, der Wärter
Allanche zu 6 Monaten Gefängnis und 50 Frc. Buße und die Wärter Berthelot
und Delung zu 2 resp. 1 Monat Gefängnis bestraft wurden. Herr Pic-Paris,
Senator und Maire von Tours wurde als Vorsitzender der Verwaltungs-
kommission für die Buße und Entschädigungen zivilrechtlich verantwortlich
erklärt. Der Witwe Méchin wurden 2000 Frc. zugebilligt. Ein 5. Wärter,
Gardot, der geflohen, ward freigesprochen, weil er Epileptiker. Ebenso der
Direktor der Irrenanstalt, Roussijeu, als unverantwortlich erklärt. Der Arzt
Dr. Archambault hatte die Ursache des Todes nicht angezeigt. (Ann. méd.
psych. 1904, No. 2. Die Zeit, Wien 1904, No. 520.)

Dieser Fall ist sehr ähnlich dem, der vor Jahren in einer Privatanstalt
in Charlottenburg vorkam. Dort ward ein herkulischer Kranker, Portier beim
Kronprinzen, im Kampfe mit dem Wartepersonal, das ihm die Jacke anziehen
wollte, dabei erwürgt. Der Anstalt ward die Konzession entzogen. (Ref.)

Johannes Vorster Nekrolog. — Den Fachgenossen ist schon durch
die Tageszeitungen bekannt geworden, daß und unter welch erschütternden
Umständen San.-Rat Dr. Vorster, Direktor der elsässischen Irrenanstalten
Stephansfeld-Hördt als Opfer seines Berufs gestorben ist. In Stephansfeld
war seit mehreren Jahren der wegen Gewalttätigkeit wiederholt bestrafte U.
untergebracht, bei welchem sich unter dem Einfluß des Strafvollzugs ein Ver-
folgungswahn allgemeiner querulierender Art ohne Sinnestäuschungen aus-
gebildet hatte. Es war einer jener sehr lästigen, selbstbewußten, reizbaren
Kranken, deren leidlich gute Intelligenz sich ganz auf die Geltendmachung
ihres stets gekränkten Ichs zu konzentrieren scheint, und die zur Befriedigung
ihrer Absichten alles für erlaubt halten. Er war schon wiederholt aus der
Anstalt entwichen, er drohte stets auf die zynischste Weise und war der
Gegenstand der beständigen Sorge der Wärter und Ärzte. Wie konsequent
er aber daran dachte, Rache für seine Festhaltung in der Anstalt an dem-
jenigen zu nehmen, welchen er an erster Stelle — von seinem Standpunkte
aus nicht mit Unrecht — für seine Festhaltung verantwortlich machte, das
hatte man dennoch nicht gewußt oder erwartet; sonst würde man die Vorsichts-

maßregeln, welche man anwandte, wohl verschärft haben. U. schlief in einer Zelle der Isolierabteilung; um aber seine Reizbarkeit und Unzufriedenheit zu mildern, war ihm längere Zeit gestattet worden, den anstoßenden Garten der Abteilung der Halbruhtigen zum spazierengehen zu benutzen. Diese Freiheit hat er dazu benutzt, sich Geräte zu verschaffen und anzufertigen, welche er dann in seine Zelle mitzunehmen und dort zu verstecken verstand. Er hob — und auch dies ist fast typisch in diesem lehrreichen Fall — einen Riemen des Eichenparkettfußbodens aus, bildete in dem Sande darunter eine kleine Höhlung, verbarg seine Werkzeuge darin und deckte den Riemen wieder darauf. So war ihm zu jeder beliebigen Zeit seine Mordwaffe zur Hand, wenn er sie zur Anwendung bringen wollte. Als solche diente ihm ein etwa 12 cm langes und 2 cm breites Stück Bandeisen, welches er auf sehr gleichmäßige Weise dreieckig zugespitzt und mit dem stumpfen Ende in ein eingekerbtes Stück Tannenholz als Handhabe gesteckt hatte. Am 25. April 1904 machte *Vorster* seine regelmäßige Morgenvisite und trat, während ein Assistenzarzt mit dem Oberwärter in einer Nebenzelle einen Kranken mit der Sonde fütterte, in Begleitung des sog. Inspektors und eines Wärters vor die Türe der Zelle des U. Er redete denselben mit der Frage an, ob er bei dem guten Wetter nicht in den Abteilungsgarten gehen wolle. U. antwortete in frechem Tone, wenn er in eine Menagerie gehen wolle, so gehe er nach Straßburg, wo er eine solche für 50 Pfennige sehen könne. Als darauf *Vorster* erwiderte, hier sei keine Menagerie sondern ein Haus für Kranke, und er das letzte Wort noch nicht ganz ausgesprochen hatte, war U. blitzschnell gegen ihn vorgespungen und hatte ihm jenes dolchartige Messer in den Leib gestoßen. *Vorster* sagte: „er hat mich gestochen“, ging zur nächsten Abteilung, wo er sich selbst einen Notverband anlegte und suchte dann in Begleitung des herbeigerufenen Oberarztes zu Fuß seine der Anstalt gegenüberliegende Wohnung auf. Bald wurde er sehr bleich und ohnmächtig; und nachdem nach mehrstündigem bänglichem Warten Professor *Ledderhose* und der erste Assistenzarzt der chirurgischen Klinik, Dr. *Zimmermann*, aus Straßburg herbeigeholt waren, war die Schwäche des Verletzten so groß, daß der Tod unmittelbar bevorzustehen schien. Die Bauchhöhle wurde breit eröffnet und nach Ausräumung der sehr großen Menge des ergossenen Blutes festgestellt, daß der Stich rechts von der Mitte dicht unter dem Colon transversum das Netz durchbohrt und zwischen den Dünndärmen hindurch die Richtung gegen die Wirbelsäule genommen hatte. Die Blutung stand, das verletzte Gefäß wurde nicht gefunden, ein Tampon wurde eingelegt und die Operationswunde größeren Teils geschlossen. Der Erfolg der Operation gestaltete sich befriedigend, weder wiederholte sich die Blutung, noch trat eine fieberhafte Wundreaktion ein, nur anhaltendes Aufstoßen bei großem Schwächegefühl plagte den Verletzten, und frühzeitig zeigte sich eine katarrhalische Expektoration. Noch am siebenten Tage wog die Hoffnung auf Genesung entschieden vor, da trat eine Lungenverdichtung ein, nach welcher die Schwäche rasch zunahm, und nach weiteren zwei Tagen erfolgte bei klarem Bewußtsein der Tod. Die Sektion ergab eine entzündungs-

freie Bauchhöhle, Hypostase der Unterlappen beider Lungen und eine etwas fahlrote Farbe der Herzmuskulatur.

So war ein ausgezeichnete Arzt und pflichteifriger Anstaltsleiter der Aufgabe erlegen, welche die Verwahrung von Menschen stellt, die zugleich geisteskrank und Verbrecher sind. Es ist hier nicht der Ort, auf alle Fragen näher einzugehen, welche sich an den Fall im besonderen und an die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher im allgemeinen knüpfen. Es sei aber der bestimmten Hoffnung Ausdruck gegeben, daß das Opfer, welches hier gebracht wurde, kein vergebliches sein werde. Es wäre einfach, nur zu sagen, hier sei von neuem der Beweis erbracht, daß geisteskranken Verbrecher nicht in unsere gewöhnlichen Irrenanstalten gehören, aus dem Fall *Vorster* also lediglich eine Anklage gegen die Behörden zu schmieden, welche noch nicht für eine sichere Art der Unterbringung solcher Individuen gesorgt haben. Gewiß dürfen wir erwarten, daß auch nach dieser Richtung *Vorster* nicht umsonst gestorben sein wird. Die Mehrzahl der Irrenärzte fordert seit Jahren die gesonderte Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, und wer Fälle wie denjenigen des U. ins Auge faßt, jene verbohrten, selbstbewußten Gewaltmenschen, die unter den paranoischen Insassen der Zuchthäuser garnicht selten sind, der muß schon aus rein praktischen Gründen die Forderung ihrer Absonderung von den übrigen Anstaltsinsassen stellen. Aber erstlich sind wir noch nicht soweit, daß in allen Provinzen und Staaten besondere Häuser für geisteskranken Verbrecher errichtet sind, und dann wird es auch nach der Entfernung jener Individuen noch Kranke geben, welche unter Umständen gefährlich werden. Im Wesen der Irrenpflege selbst liegt ein Dualismus begründet, welcher nie ganz überwunden werden und gelegentlich dem erregten Sinn eines Kranken immer wieder die Möglichkeit zu gefährlichen Entäußerungen geben wird, der Dualismus, daß wir unsere Patienten als Kranke pflegen, ihnen alle Rücksicht und Freiheit gewähren und zugleich ihre gefährlichen Handlungen hindern, daß wir also zugleich für sie und gegen sie eintreten sollen. Hier die Grenzlinie immer richtig zu ziehen, ist außerordentlich schwer. Außenstehende beachten dies meist zu wenig und mögen schwer begreifen, wie es geschehen kann, daß Geistesranke unter den Augen des Wartepersonals Gewalttätigkeiten begehen. Hätten wir freilich nichts anderes zu tun, als sie zu hüten und zu hindern, so hätten wirs leichter, dann wären aber unsere Anstalten auch keine Krankenhäuser sondern Gefängnisse. Dennoch wird der Tod *Vorsters* jedem verantwortlichen Anstaltsarzt ein Anlaß zu der Prüfung sein müssen, ob er in seiner Behandlungsmethode nicht die Rücksicht auf das Wohlbefinden der Kranken zu weit über die Rücksicht auf die Sicherheit der Gesunden setzt. Daß die Neigung hierzu unter uns vorhanden ist, wer wollte das bestreiten?

Vorster war geboren zu Hoym in Anhalt am 13. März 1860 als Sohn des damaligen Leibarztes des Herzogs von Anhalt-Bernburg und späteren Direktors der Provinzial-Irrenanstalt zu Lengerich i. W. Er absolvierte mit Auszeichnung das Gymnasium in Gütersloh, studierte in Marburg und Berlin

und widmete sich nach dem Staatsexamen zunächst 3½ Jahre lang der Chirurgie, indem er bei *Rose* in *Bethanien* eintrat und erster Assistent desselben wurde. So sehr er die Chirurgie liebte und *Rose* ihn als Chirurgen schätzte, so bevorzugte er doch, als es sich für ihn darum handelte, sich für eine dauernde Lebensrichtung zu entscheiden, die ihm von Jugend auf naheliegende Psychiatrie und die seinem Naturell besonders zusagende Anstaltstätigkeit. Trotz der Bedenken, welche ein namhafter Irrenarzt ihm gegenüber geltend machte, ging er nach Königsutter unter *Hasse* und hatte das Glück, schon nach etwa drei Jahren als II. Arzt nach Stephansfeld zu kommen. Hier sollte sein Leben seinen Hauptinhalt, aber leider auch sein zu frühes Ende finden. Mit dem ganzen Pflichteifer und dem stillen Ernst, welche den früher so lebensfrohen Jüngling nach seinem Eintritt in die praktische Arbeit ergriffen hatte, versenkte er sich in den Anstaltsdienst und in die Probleme, welche ihm seine wissenschaftliche Neigung nahe brachten. Er war von einer Feinfühligkeit und Gewissenhaftigkeit, wie man sie selten findet, und die sich ebenso im Verkehr mit seinen Patienten und mit Gesunden, als in seiner Art, Diagnosen zu stellen und wissenschaftlich zu arbeiten, geltend machten. So treu er am alten hing, ging er doch gern und schnell zu neuen Auffassungen über, wenn sie ihm nach gewissenhafter Prüfung der Natur der Dinge besser zu entsprechen schienen als die alten. So war er einer der frühesten Anhänger *Kraepelins*, dessen Hauptverdienst er darin erblickte, daß er mit der Konstruktion von Krankheitsverlaufsformen aus psychologischen Verknüpfungen aufgeräumt habe. Nach welchen Richtungen er selbständig gearbeitet hat, ergibt sich am besten aus einer Zusammenstellung seiner Veröffentlichungen:

- Über *dementia paralytica* bei Eisenbahn-Fahrbeamten; Dissertation.
- Zur operativen Behandlung des Priapismus (deutsche Zeitschr. f. Chir. 1887).
- Die methodische Sulfunalbehandlung bei Geisteskranken (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47).
- Über einen Fall von doppelseitiger Hemianopsie mit Seelenblindheit, Photopsien und Gesichtstäuschungen (ebend. Bd. 49).
- Über den Hämoglobingehalt und das spezifische Gewicht des Blutes bei Geisteskrankheiten (ebend. Bd. 49).
- Über einen Fall von geringgradiger Kompression der med. obl. und des obersten Halsmarks durch den Proc. odont. bei einem Paranoiker. Zugleich Beitrag zur Entstehung der Wahnidee durch Allegorisierung körperlicher Empfindungen (ebend. Bd. 52).
- Beitrag zur Kenntnis der optischen und tactilen Aphasie (Archiv f. Psych. Bd. 30, Heft 2).
- Zwei Fälle von Simulation geistiger Störung (Archiv f. öffentl. Gesundheitspf. in Elsaß-Lothringen, 1896, 1. Heft).
- Kritik der seit dem Mellage-Prozeß in der Presse gemachten Vorschläge zur Reform des Irrenwesens, mit besonderer Berücksichtigung der elsass-lothringischen Verhältnisse (ebend. 1896, 2. Heft).

Über die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. IX).

Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden (ebend. Bd. IX).

Das Bestreben des Verstorbenen nach praktischer Entwicklung seiner Anstalt fand seinen Ausdruck hauptsächlich in der Errichtung von drei schönen und zweckmäßigen Villen, welche als moderne Typen vorteilhaft von dem in seiner Art zwar recht schönen aber naturgemäß veralteten Hauptbau Stephansfelds abstechen. Auch ist es dem Eintreten Vorsters wesentlich mit zu verdanken, daß die Bezirke Ober- und Unterelsaß den im Interesse der Platzgewinnung und Dezentralisation einzig heilsamen Entschluß gefaßt haben, ihre Verbindung zu lösen und für das Oberelsaß eine neue eigene Anstalt zu errichten.

Ein besonderes Interesse brachte der Verstorbene der Alkoholbewegung entgegen und hielt wiederholt Vorträge für dieselbe. Dabei entsprach es ganz seinem Naturell, daß er auch diese Sache mit dem Gewissen erfaßte und nach dem Vorgange Kraepelins persönlich abstinente wurde. Ungesellig war er darum keineswegs, nur liebte er mehr die stille Freude des Zusammenseins mit Gleichgesinnten als das Geräusch der großen Welt. Er war deshalb auch geschaffen für das Familienleben, welches nach seiner Verheiratung mit der ältesten Tochter seines Chefs, Stark, der andere Pol seines Lebens wurde.

Nun hat der lebenswürdige, für alles Gute und Schöne empfängliche, von niemanden gehaßte Mann, der humane und erfolgreiche Arzt von seinen Freunden, von seiner Gattin, die er mit vier kleinen Kindern zurückläßt, von seiner Arbeit scheiden müssen, weil die irregeleitete Hand eines Verlorenen ihn ins Leben traf. Hier scheint ein Widerspruch für die vernünftige Auffassung des Weltlaufs zu liegen; es scheint aber nur so; wer den Zusammenhang der Dinge erkennt, findet auch hier etwas von Größe und von tragischer Schönheit. Das empfanden und sprachen auch diejenigen aus, welche dem Verstorbenen das letzte Geleit gaben, und die in ihrer imposanten Vereinigung¹⁾ die Bestattung dieses Opfers seines schönen Berufs zu einer wahrhaft erhebenden Kundgebung gestalteten. *Fr. Schaefer.*

1) Die Kosten des Begräbnisses, wie auch der ärztlichen Behandlung hatte der Bezirk Unterelsaß übernommen. Vertreten waren beim Begräbnis der Statthalter *Fürst Hohenlohe-Langenburg* durch seinen persönlichen Sekretär, der Bezirkspräsident des Oberelsaß *Prinz Hohenlohe* durch einen seiner Räte. Persönlich erschienen waren der Herr Bezirkspräsident des Unterelsaß *Hahn*, Herr Unterstaatssekretär *Petri* als Vertreter des Bezirkstages des Unterelsaß, *Baron Charpentier* als Vorsitzender des Aufsichtsrates der Anstalt, Bürgermeister *Dr. Bostetter* und die Mitglieder des Gemeinderats von Brumath, Professor *Dr. Hoche* als Vertreter des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte, Geh.-Rat *Dr. Biedert* für die ärztlichen Vereinigungen des Unterelsaß, Geh. Hofrat *Schüle*, Prof. *Dr. Fürstner*, San.-Rat *Dr. Höffel* und andere hervorragende Kollegen, höhere Beamte und Private, sowie verschiedene Vereine und Korporationen der Stadt Brumath.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Karl Wernicke*, Med.-R., Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Halle. ist zum Geh. Med.-R. ernannt worden.

Dr. *Kleudgen*, Dir. der Privatheilanstalt zu Obernigk,

Dr. *Schupmann*, Dir. der Prov.-Anstalt zu Geseke haben den Charakter als Sanitätsr. erhalten.

Dr. *Joh. Vorster*, San.-R. u. Dir. der Irrenanstalten Stephansfeld-Hoerdt ist infolge einer in seinem Berufe durch einen irren Verbrecher erlittenen Verletzung im Alter von 44 Jahren,

Dr. *Dietz*, Obermedizinalrat und seit 1895 Referent der Psychiatrie im Medizinalkollegium, ist, 1859 geboren, zu Stuttgart gestorben.

Über das Gansersche Symptom.¹⁾

Von

Dr. R. Henneberg, Privatdozent und Assistent der Klinik.²⁾

Im Jahre 1888 hat *Moeli*³⁾ in seiner Veröffentlichung über irre Verbrecher zuerst eingehender ein eigenartiges Verhalten beschrieben, das nicht selten bei Untersuchungs- und Strafgefangenen beobachtet wird und darin besteht, daß ein Vergessen ganz bekannter Dinge z. B. des Alters, des Einmaleins, des Wertes der Münzen etc. vorzuliegen scheint. „Die Antwort ist zwar falsch, sagt *Moeli*, steht aber doch dem Sinne nach in Beziehung zu der Frage und zeigt, daß der Kreis der richtigen Vorstellungen berührt ist. Ein Thaler z. B. ist „eine Mark“ eine Briefmarke „Papier“ und ähnliches.“ *Moeli* führt des weiteren aus, daß ein derartiges Antworten zwar vorkomme als Ausdruck eines Versuches, Schwachsinn vorzutäuschen, daß es nicht selten jedoch als Krankheitsäußerung zu erachten sei z. B. in Fällen traumatischer, hysterischer und seniler Geistesstörung. Insonderheit komme es vor bei Gefangenen, die in der Untersuchungshaft akut erkrankt sind und zum großen Teil einen verirrten, benommenen und ängstlichen Eindruck machen. *Moeli* hat auch eine Reihe von Krankengeschichten mitgeteilt, die das in Rede stehende Verhalten der betr. Kranken des näheren kennzeichnen.

1) Vortrag, gehalten in der Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen am 25. April 1904. Die Krankengeschichten sind hinzugefügt.

2) Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Königlichen Charité (Prof. *Ziehen*).

3) *Moeli*, Über irre Verbrecher, Berlin 1888.

Das Symptom des Danebenredens ist seit der bekannten Veröffentlichung *Gansers*,¹⁾ der übrigens auf die angeführten Darlegungen *Moelis* nicht Bezug nahm, mehrfach Gegenstand der Erörterung gewesen. Ich kann auf die Literatur an dieser Stelle nicht des näheren eingehen. Genannt seien die Arbeiten von *Binswanger*,²⁾ *Higier*,³⁾ uns⁴⁾ *Raecke*,⁵⁾ *Nissl*,⁶⁾ *Westphal*,⁷⁾ *Jung*,⁸⁾ *Lück*⁹⁾ und *Vorster*.¹⁰⁾

Auch in der Charité wurde auf die Anregung hin, die die *Ganser*'sche Veröffentlichung gab, das Symptom des Danebenredens besonders beachtet. Das große Material krimineller Fälle, das die genannte Anstalt bietet, gab reichliche Gelegenheit zum Studium der in Rede stehenden Erscheinung, auch ließ sich dieselbe nicht so selten in nicht kriminellen Fällen konstatieren.

Geh. Rat *Jolly* gab uns seiner Zeit den Auftrag, die Beobachtungen zu sammeln und zu verwerten. Seitdem ist manches, was sich aus unseren Beobachtungen ergibt, bereits von anderer Seite ausgeführt worden. Wenn ich dennoch hier über die Be-

1) *Ganser*, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych. Bd. 30, S. 633 und Zur Lehre vom hyst. Dämmerzustand. Arch. f. Psych. Bd. 38, S. 34.

2) *Binswanger*, Über einen eigenartigen Dämmerzustand (*Ganser*). Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., Bd. III, S. 175.

3) *Higier*, Über einen eigenartigen, im posthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol., Centralbl. 1899, Nr. 18.

4) *Henneberg*, Zur Kenntnis psychischer Störungen bei Unfallkranken. Charité-Annalen, Bd. 24, 1899.

5) *Raecke*, Beitrag zur Kenntnis der hyst. Dämmerzustände. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, S. 115 und Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebenda S. 408.

6) *Nissl*, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902, S. 2.

7) *Westphal*, Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Centralbl. 1903.

8) *Jung*, Ein Fall von hyster. Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1902, S. 110 und Über Simulation von Geistesstörung. Ebenda 1903, S. 181.

9) *Lück*, Über das *Ganser*'sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forens. Bedeutung. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60, S. 1.

10) *Vorster*, Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904, S. 161.

obachtungen zusammenfassend berichte, so tue ich es einmal, um mich eines Auftrags meines verstorbenen Lehrers und Chefs zu entledigen, sodann weil ich glaube, daß es nicht unnützlich ist, das Thema in dieser Versammlung zur Diskussion zu stellen, da es von besonders praktischer Wichtigkeit ist und durchaus noch nicht alle Fragen, die sich auf dasselbe beziehen, endgültig gelöst sind.

Die von mir beobachteten Fälle, in denen das *Gansersche* Symptom vorlag, es sind ca. 25, waren sehr heterogener Natur. Ehe ich jedoch die verschiedenen Typen kurz charakterisiere, scheint es mir erforderlich zu sein, zu definieren, welche Erscheinung als *Gansersches* Symptom zu bezeichnen ist.

Zunächst ist natürlich streng zu unterscheiden zwischen *Ganserschem* Symptom und *Ganserschem* Symptomenkomplex oder *Ganserschem* Dämmerzustand. Halten wir uns an die Darstellung, die *Ganser* in seiner ersten Veröffentlichung von dem in Rede stehenden Symptomenkomplex gibt, so handelt es sich um einen akut einsetzenden und rasch abklingenden Zustand von halluzinatorischer Verwirrtheit, für den in der Folge Amnesie besteht, der von hysterischen Erscheinungen, namentlich Sensibilitätsstörungen, begleitet wird, insbesondere aber durch das Symptom des Danebenredens ausgezeichnet ist.

Nach meinen Beobachtungen zu urteilen sind Fälle, die diesem Typus genau entsprechen, selten. In der Regel handelt es sich um protrahierte Formen des hysterischen Irreseins, in Verlauf deren das *Gansersche* Symptom auftritt. Sie sollen nachher gekennzeichnet werden. Ob es überhaupt zweckmäßig ist, von „*Ganserschen* Dämmerzuständen“ zu reden, erscheint mir zweifelhaft. Ich werde auf diesen Punkt zurückkommen.

Was nun den Begriff des *Ganserschen* Symptoms, des Vorbei- oder Danebenredens anbelangt, so scheint derselbe von verschiedenen Autoren nicht in derselben Weise gefaßt worden zu sein.

*Vorster*¹⁾ macht z. B. die Angabe, daß das Vorbeireden bei Katatonie sehr häufig sei, d. h. in ca. 21 % der Fälle vorkomme. Aus seinen Ausführungen ergibt sich jedoch, daß er das Vorbei-

¹⁾ *Vorster* l. c.

reden der katatonischen d. h. die unsinnigen oder inadäquaten Antworten derselben, die keinerlei Beziehung zur Frage aufweisen oder nur ganz äußerlich an ein Wort, das in der Fragestellung vorkommt anknüpfen, nicht scharf von dem *Ganserschen* Symptom unterscheidet.

Als das Charakteristische des *Ganserschen* Symptoms, wie es von *Moeli* und *Ganser* gekennzeichnet worden ist, muß bezeichnet werden, daß die gegebene Antwort eine ziemlich nahe Beziehung zu der richtigen Antwort und zur Fragestellung aufweist und dadurch erkennen läßt, daß der Sinn der Frage aufgefaßt wurde, beziehungsweise, daß der zur Frage gehörige generelle Vorstellungskreis erregt, wenn auch nicht die richtige Einzelvorstellung ins Bewußtsein gehoben wurde (*Moeli*). Da es sich nun um Fragen nach ganz einfachen Dingen handelt, die Geisteskranken, vorausgesetzt daß sie die Frage überhaupt aufgefaßt haben und in der Lage sind, zu antworten, in der Regel richtig beantworten, kommt eben der Eindruck des absichtlichen Verkehrtredens zustande. Des weiteren dürfte es sich empfehlen, nur dann von dem Vorliegen des *Ganserschen* Symptomes zu reden, wenn auf eine größere Anzahl von einfachen Fragen Antworten in dem angedeuteten Sinne erfolgen. Vereinzelte Antworten im Sinne des Symptomes erhält man nämlich nicht selten von Kranken der verschiedensten Art.

Was schließlich die Benennung des Symptoms anbelangt, so scheint es mir zweckmäßig, die Bezeichnung: Symptom der unsinnigen Antworten, deren sich manche Autoren gelegentlich bedient haben, zu vermeiden, da sie zu wenig prägnant ist. Antworten können sehr wohl unsinnig sein, ohne das Charakteristische des *Ganserschen* Symptomes aufzuweisen. Gegen die Bezeichnung Vorbeireden (Paralogie) läßt sich einwenden, daß dieselbe bereits für die inadäquaten Antworten der Katatoniker in Anwendung gebracht ist, so von *Sommer* und *Kräpelin*. Die Bezeichnung: *Gansersches* Symptom dürfte sich somit wohl am meisten empfehlen.

Wir kommen nunmehr dazu, die Fälle zu charakterisieren, in denen das *Gansersche* Symptom von uns in der Charité beobachtet wurde.

Zunächst sei darauf hingewiesen, daß das *Gansersche* Symptom andeutungsweise gelegentlich bei hysterischen und hypochondrischen Unfallkranken zu beobachten ist, namentlich bei solchen, die von vornherein mit Klagen über angebliche Gedächtnisschwäche dem Arzt gegenübertreten. In einem derartigen von uns begutachteten Falle vermochte Patient, bei dem eine geistige Schwäche keineswegs vorlag, die Wochentage und Monate nicht richtig aufzuzählen und die einfachsten Rechenaufgaben nicht zu lösen. Daneben bestanden zahlreiche hysterische Stigmata.

In einem weiteren Falle¹⁾ von Unfallhysterie war das Symptom viel stärker ausgesprochen. Der betreffende Patient war bereits vor 12 Jahren, während er diente, in den Verdacht der Simulation geraten, schließlich aber wegen Geisteskrankheit aus dem Dienstverhältnis entlassen. Bald darauf wurde er wieder gesund. Ich habe den betreffenden Patienten seit 1898 katamnestisch verfolgt. Das *Gansersche* Symptom schwand bald, es blieb jedoch ein eigenartiges, unruhiges, zerfahrenes und läppisches Wesen bis zur Zeit bestehen. Patient erhält noch Vollrente. Daß die Störung in solchen Fällen auf autosuggestivem Wege unter dem Einfluß von „Begehrungsvorstellungen“ zustande kommt, liegt auf der Hand. Mitwirken dürfte nicht selten auch die durch die Exploration bedingte Emotion und die Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit durch die Selbstbeobachtung.

Ausgesprochenes Danebenreden neben einer Bewußtseinsveränderung im Sinne eines Dämmerzustandes sahen wir zunächst einige Male rasch vorübergehend unmittelbar nach gewöhnlichen hysterischen Anfällen, so z. B. bei einem hysterischen nicht schwachsinnigen Mädchen. Als wir die Kranke unmittelbar nach Ablauf des Krampfanfalles zu ermuntern suchten, gelang dies zunächst nur unvollständig. Die Patientin machte einen benommenen Eindruck und gab charakteristische Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptoms.

Einen Fall, in dem der an schwerer Unfallhysterie leidende Patient beim Abklingen schwerer hysterischer Verwirrheitszustände

¹⁾ Vergl. Henneberg l. c. und: Zur Beurteilung des „Danebenredens“ (*Gansersches* Symptom) in forensischen Fällen. *Charité-Annalen* Bd. 28, S. 617.

das *Gansersche* Symptom zeigte, haben wir vor einigen Jahren in den *Charité-Annalen* (Bd. 26) beschrieben. In diesem Zusammenhange sei erwähnt, daß *Higier* (l. c.) Beobachtungen mitgeteilt hat, aus denen hervorgeht, daß das *Gansersche* Symptom sowohl bei Hysterischen als auch Gesunden nach dem Erwachen aus dem hypnotischen Schlaf vorkommt. Im posthypnotischen Stadium zeigten die betreffenden Personen das von *Ganser* geschilderte Verhalten. Nach Erwachen aus diesem Zustand bestand für denselben Amnesie. *Higier* betont, daß der gekennzeichnete Zustand sich bei den betreffenden Personen spontan und ohne suggestive Beeinflussung einstellte.

Im Anschluß an diese Beobachtungen *Higiers* möchte ich kurz einen Fall erwähnen, der kürzlich in der *Charité* beobachtet wurde. Ein 18jähriges etwas schwachsinniges Mädchen war wegen einer hysterischen Paraplegie, die nach einem Anfall aufgetreten war, in einem Berliner Krankenhaus hypnotisiert worden. Dem betreffenden Arzt gelang es nicht, die Kranke aus der Hypnose zu erwecken, es schloß sich vielmehr an dieselbe ein schwerer Erregungszustand an, der die Verlegung nach der Irrenabteilung der *Charité* erforderlich machte. Bei der Aufnahme hatte sich Patientin bereits beruhigt, zeigte aber einen traumhaften Zustand, in dem sie sich sehr läppisch benahm und Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptoms gab. — Sie bezeichnete z. B. Portemonnaie als Kasten, Bleistift als Stück Holz, Fünfmärkstück als Metall usw. Der Zustand insbesondere auch die Paraplegie besserte sich schnell, dann traten fast täglich Zustände auf, in denen Patientin ein völlig narrenhaftes Wesen zeigte und auf jede Suggestion einging. Als diese Zustände von „*Etat seconde*“ nicht mehr beachtet wurden, schwanden dieselben allmählig, es blieb jedoch ein ausgeprägtes schwachsinniges und hysterisches Wesen zurück.

Fälle, die ganz dem *Ganserschen* Typus entsprechen, kamen, wie gesagt, in der *Charité* nur selten zur Beobachtung. Zwar verfüge auch ich über einige akut verlaufende Fälle, in denselben waren jedoch die von *Ganser* geschilderten Halluzinationen und delirösen Äußerungen nur wenig ausgesprochen.

Am meisten entspricht noch folgender Fall der Schilderung *Gansers*:

Fall 1.

Carl P., Arbeiter, geb. 1843, ledig, wurde zum ersten Mal am 23. April 1900 auf die Krampf Abteilung der königl. Charité aufgenommen aus Anlaß eines Krampfanfalles, den er auf der Straße erlitt. Bei seiner Aufnahme hatte sich Patient bereits erholt. Er gab in der Folge an, daß er seit 10 Jahren an Krämpfen leide, die bisweilen $\frac{1}{2}$ Monat ausgeblieben seien. Infektion in Abrede gestellt, Potus (für 20 Pf. Schnaps und mehr) zugestanden. Als Kind sei er einmal auf den Kopf gefallen. Jetzt sei er arbeits- und mittellos.

Patient macht den Eindruck eines chronischen Alkoholisten; die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte, die Reaktion auf Belichtung ist etwas träge. Es besteht mäßiges Tremor manum et linguae. Patient wird auf seinen Wunsch entlassen.

Am 14. Juni 1900 wird Patient wieder eingeliefert und zwar als Untersuchungsgefangener. Tags zuvor wurde er von einem Amtsdienner in der Gegend von Plötzensee dabei betroffen, als er auf freiem Felde ein kleines Mädchen zu vergewaltigen suchte. In Polizeigewahrsam verbracht, versuchte Patient, der bei seiner Arretierung einen verwirrten Eindruck nicht gemacht hatte, sich die Pulsader zu öffnen. Nachdem ihm ein Verband angelegt war, wurde Patient nach der Charité verlegt.

Nach der Aufnahme schlief Patient völlig ruhig. Bei der Visite machte er einen benommenen und stuporösen Eindruck. Er ließ sich nur schwer ermuntern, konnte nicht angeben, wo er sich befinde, wußte nichts von dem, was vorgefallen. Bei der körperlichen Untersuchung benimmt sich Patient auffallend ungeschickt. Pupillenreaktion prompt. Oberflächliche Nadelstiche werden anscheinend nicht empfunden, tiefe rufen deutliche Reaktion hervor.

16. Juni 1900. In der Nacht erhob sich Patient, ging zur Thür, indem er sagte, er müsse sein Geld holen. Er ließ sich leicht ins Bett zurück bringen. Sich selbst überlassen liegt Patient in der Folge ruhig im Bett und macht einen apathischen Eindruck. Beschäftigt man sich mit ihm, so wird er erregt und zeigt ein läppisches Wesen, das durchaus den Eindruck des gekünstelten macht. Er schlägt mit den Händen gegen die Stirn, brüllt, rauft sich die Haare, läuft durch das Zimmer und rollt die Augen; wiederholt wirft er sich auf den Fußboden, äußert spontan: er habe Würmer im Kopf, sei in einem großen Hause, wo Theater und Ball sei, habe Puppen gesehen, er sei mit der Bahn gefahren, wolle nach Leipzig dort sei es besser. Auf die Vorhaltung hin, daß er ein Mädchen angegriffen habe, ruft er: Nun wird es ja ganz verrückt, ich bin ja nicht bis Leipzig gekommen. *Gansersches Symptom*. Jahreszahl? — 3075. Wieviel Finger haben Sie an der Hand? — 8 usw.

Abends erlitt Patient einen Krampfanfall. Er war aufgestanden um Wasser zu trinken, plötzlich zeigte sich ein starkes Schütteln des ganzen Körpers. Patient schrie auf und ließ sich langsam zu Boden fallen, danach starkes Zucken der Arme und Beine.

18. Juni 1900. Morgens beim Kaffeetrinken Anfall. Patient stieß einen Schrei aus, warf den Becher fort, zitterte stark am ganzen Körper, hatte die

Augen stark nach oben gerichtet. Die Pupillen verengen sich bei Belichtung. Bei der Visite ist Patient wenig zugänglich. Er gibt an, daß er wiederholt umgefallen sei, daß er mit Weibern keinen Umgang gehabt habe, behauptet nicht rechnen und nicht lesen zu können. Rechnet $1+1=1$, $1+2$ und 3×3 nicht gelöst, liest völlig falsch z. B. 9 für 6, 0 für 5, 2 für 8. Jahr als 3006 angegeben. Aus dem Bett genommen, taumelt Patient hin und her bis er auf einen Stuhl niedersinkt. Beim Gehen überkreuzt er ab und zu die Beine in anscheinend willkürlicher Art. Sein Benehmen macht den Eindruck des Gemachten.

19. Juni. Bei Gelegenheit einer klinischen Vorstellung gibt Patient an, daß er nicht wisse, wie er in das „Herrenhaus“ komme, er sei bereits 3 Jahr hier und 80 Jahre alt. Das Jahr wird auf 3075 angegeben. Aufgefordert bis 10 zu zählen, zählt er 1, 10. Seinen Namen giebt er als Baumast an. Aufgefordert zu schreiben, macht er einige Striche an die Wandtafel. Beim Gehen stößt er mit dem Kopf heftig gegen die Thür des Auditoriums. Über die ihm zur Last gelegte Tat und über den Suicidalversuch wisse er nichts.

20. Juni. Zustand unverändert. *Gansersches* Symptom besteht fort. Die Uhr wird falsch abgelesen, statt 11 $\frac{1}{2}$ 3. Jahr 3075 usw. Beim Gehen überkreuzt Patient in läppischer Art die Beine, am Ende des Zimmers angelangt, stößt er mit dem Kopf fest gegen die Tür. Er wird aufgeregt und brüllt, sobald ihm sein Delikt vorgehalten wird. Gegen Nadelstiche ist Patient sehr empfindlich. Nachmittags hat sich das Verhalten des Patienten völlig geändert. Er macht sinngemäße Angaben. Im Garten sei er plötzlich zu sich gekommen. Es sei ihm, als ob er bereits 14 Tage hier sei. Ärzte und Personal kommen ihm jedoch fremd vor. An die klin. Vorstellung und an die oft vorgenommenen Explorationen kann er sich nicht erinnern, ebenso wenig an das Delikt und an den Suicidalversuch. Er erinnert sich, zuletzt vor dem Schlesischen Tore gearbeitet zu haben. Danach sei er eines Morgens bei Charlottenburg aufgewacht, er habe im Freien gelegen, von da ab wisse er sich an nichts mehr zu erinnern. Er sei schon einige Male verwirrt gewesen und leide seit ca. 17 Jahren an Anfällen, Schnaps trinke er nur in mäßiger Weise. Wegen Arbeitslosigkeit und Mittellosigkeit habe er sich in der letzten Zeit mit Selbstmordgedanken getragen. Mehrfach sei er bestraft worden, einmal mit 1 Jahr Gefängnis wegen Sittlichkeitsvergehen. Er habe ein Kind auf den Hintern geschlagen, es habe sich jedoch um eine Züchtigung gehandelt. Patient gibt auf Fragen durchweg korrekte Antworten. Zeitliche Orientierung etwas unsicher. Rechnen, Schreiben und Lesen entspricht dem Bildungsgrade des Patienten.

In der Folge bleibt Patient geordnet und lucide. Die Amnesie besteht fort. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten. Am 22. und 27. Juni erlitt Patient Anfälle von der oben gekennzeichneten Art. Entlassung am 12. Juni 1900.

Eine gerichtliche Verfolgung des Patienten wurde nicht eingeleitet, da er dahin begutachtet wurde, daß Zweifel bezüglich seiner Zurechnungsfähigkeit zur Zeit des Deliktes beständen.

Der folgende Fall, der gleichfalls den *Ganserschen* Typus darstellt, ist insofern von Interesse, als er einen nicht kriminellen Patienten betrifft, der im Anschluß an alkoholische Exzesse wiederholt an hysterischen Dämmerzuständen erkrankte.

Fall 2.

Der Hausdiener Paul K., geb. 1877, wurde zum ersten Mal am 21. März 1900 auf die Krampf Abteilung der Charité aufgenommen. Er wurde nachts auf der Straße in verwirrtem Zustand aufgegriffen. Am Morgen nach der Aufnahme machte Patient einen etwas gehemmten und schwer besinnlichen Eindruck. Fragen beantwortet er langsam und ungenau. Er ist örtlich und zeitlich nicht orientiert, behauptet in einer Badeanstalt zu sein, wisse nicht, wie er dorthin gekommen sei. Kleine Rechenaufgaben werden meist falsch gelöst. Im Bett liegend, hält Patient den rechten Arm dauernd erhoben, er gibt an, in der Brust große Schmerzen zu haben, ein Mann mit großem Mund und grünen Augen sitze auf seiner Brust. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts von Belang. Die Pupillen sind ziemlich weit, reagieren prompt. An den Beinen besteht Analgesie. Abstehende, abnorm gebildete Ohrmuscheln.

23. März. Patient schläft nachts ruhig. Der Gesichtsausdruck ist etwas stupide. Die Antworten des Patienten sind konfus und läppisch. Eine suggestive Beeinflussung gelingt nicht. Allgemeine Analgesie.

24. März. Patient ist etwas mehr lucide, wird jedoch bei der Untersuchung ängstlich. Kindisches Benehmen. Von dem Mann mit grünen Augen will er heute nichts wissen. An seine Einlieferung kann er sich nicht erinnern. Als Kind habe er an Krämpfen gelitten. Potus: 2 Glas Bier täglich, kein Schnaps. Es besteht lebhaftes Tremor linguae et manum, der Würge-reflex ist vorhanden.

28. März. Patient ist allmählig lucide geworden. Er macht jetzt durchweg sinngemäße Angaben, ist örtlich und zeitlich orientiert, rechnet richtig. Er gibt an, bis 9 Glas Weißbier am Tage zu trinken. Von dem Mann mit grünen Augen wisse er nichts. Geheilt entlassen am 31. März 1900.

Die Mutter des Patienten gab an: Hereditäre Belastung liegt insofern vor, als ein Onkel des Vaters geisteskrank war. Patient hatte als 3jähriger Knabe einmal Krämpfe gehabt. In der Schule waren seine Leistungen schlecht. Potus im allgemeinen gering, Sonnabends habe er jedoch in der Regel einige Glas Bier getrunken. Er habe nur wenig vertragen können. In der Nacht vor seiner Aufnahme sei er plötzlich aufgestanden, sei ängstlich gewesen, habe geäußert, daß ein Mann mit grünen Augen ihn verfolge, habe Gegenstände demoliert, sei schließlich auf die Straße gelaufen. Am Abend vorher hatte er mehrere Glas Bier getrunken.

Bereits am 6. Mai 1900 wurde Patient wiederum der Charité zugeführt. Er hatte sich nach seiner Entlassung geordnet verhalten. Nach Genuß alkoholischer Getränke hatte er jedoch mehrfach einen verwirrten Eindruck ge-

macht und Reden phantastischen Inhalts geführt. Seine erneute Einlieferung wurde dadurch bedingt, daß Patient sich auf der Straße in auffälliger Weise benahm und eine Scheibe zertrümmerte.

Bei der Aufnahme war Patient erregt, roch nach Schnaps, hatte an der rechten Hand mehrere stark blutende Hautwunden, beruhigte sich allmählig, schlief dann ruhig. Am andern Morgen zeigt Patient das *Gansersche* Symptom in sehr ausgesprochener Art, kann nicht die Uhr ablesen, Wochentage und Monate werden falsch aufgesagt, zählt 1, 3, 5, 9, 10 usw. Patient zeigt ein kindisches, albernes Wesen, auf Nadelstiche erfolgt keine Reaktion. Leicht benommener Gesichtsausdruck.

7. Mai. Patient gibt an, daß er sich die Verletzungen an der Hand bei der Arbeit an einer von ihm erfundenen Flugmaschine zugezogen habe. *Gansersches* Symptom besteht fort. Rechnet $3 \times 3 = 10$. Gibt an, das Jahr habe 10 Monate, die Woche 6 Tage, der Sonntag sei kein Tag usw. Sich selbst überlassen verhielt sich Patient ziemlich stupide.

9. Mai. Zustand unverändert. Patient behauptet unter dem Bett Eidechsen und Schlangen zu sehen. Bleibt dabei, eine Luftmaschine gebaut zu haben, er will sie in den nächsten Tagen vorführen, gedenkt viel Geld damit zu verdienen. Am Abend vor seiner Aufnahme habe er viel Wein getrunken. Die Haut- und Sehnenreflexe sind lebhaft, die Pupillen reagieren prompt. Tiefe Nadelstiche werden nur ab und zu empfunden. Bei der Untersuchung macht Patient oft kindische Bemerkungen.

Der Zustand hielt an bis zum 13. Mai. Auch bestand bis dahin Analgesie, dieselbe war jedoch schon am 12. Mai im Rückgang begriffen.

14. Mai. Patient ist völlig lucide, macht durchweg korrekte Angaben. Er kann sich erinnern, am Tage seiner Einlieferung in die Kneipe gegangen zu sein, von da an besteht völlige Amnesie. Er sei ziemlich plötzlich aufgewacht.

Am 6. August wurde Patient wiederum aufgenommen. Er gab an, sich zu erinnern, daß er tags zuvor in Chorin gewesen sei und dort mehrere Glas Bier getrunken habe. Wie er in die Charité komme, wisse er nicht, er sei heute hier aufgewacht. Seit seiner Entlassung habe er zwei Krampfanfälle gehabt, einmal einen Verwirrtheitszustand mit Erregung. Er trinke 5 bis 6 Glas Weißbier, Sonnabends mehr, Schnaps angeblich nicht. Es besteht allgemeine Hypalgesie.

Aus dem Aufnahmeattest ergibt sich, daß Patient auf der Rückreise von einem Ausflug plötzlich erregt wurde, die Scheiben des Coupfensters einschlug, in Berlin angekommen wurde er auf die Polizeiwache gebracht. Hier schrie und gestikulierte er, zeigte ein gerötetes Gesicht und aufgerissene Augen. Seine Äußerungen waren völlig unzusammenhängend z. B.: da, der Berg, hoch, herauf, Feuer, bum, bum, ha, ha, Blut; fließt Blut, usw.

Patient blieb völlig lucide und wurde am 14. August entlassen.

Am 12. April 1901 wurde Patient nach einem Krampfanfall in die Charité aufgenommen und von hier nach Wuhlgarten verlegt.

Fall 3.

Frau B., Kellnerfrau, geb. 1870, wurde am 6. November 1901 in die Krampf Abteilung der Kgl. Charité aufgenommen. Hier hatte sie sich bereits 1895 14 Tage lang befunden. Sie wurde in einem erregten und verwirrten Zustande aufgenommen, gab nach Schwinden desselben an, daß sie seit ca. $\frac{1}{2}$ Jahre an Krämpfen leide, früher sei sie gesund gewesen. — Patientin machte einen alkoholischen Eindruck, gab auch zu, Bier und Schnaps zu trinken.

Bei der zweiten Aufnahme ist Patientin leicht benommen und verwirrt, sie macht sehr unzuverlässige Angaben, verliert beim Sprechen den Faden. In den letzten Tagen habe sie ein Hund verfolgt, beim Fortlaufen sei sie auf den Kopf gefallen. Sie klagt über Kopfschmerz, ist ängstlich. Auf Suggestionen geht sie sofort ein. Sie gerät in die größte Angst, als ihr gesagt wird, daß ein Tier auf der Bettdecke sitze. Verkennt Personen. Gansersches Symptom sehr ausgesprochen. Liest z. B. die Uhr ganz falsch ab. Zählen Sie bis 10. — 20, 6, hört dann auf. Wochentage und Monate in falscher Reihenfolge und unvollständig aufgesagt. Vorgehaltene gewöhnliche Gegenstände betrachtet sie als ob sie ihr völlig neu und unbekannt seien, benennt sie falsch. Kann vorgehaltene Finger nicht zählen. Faßt die einzelnen Finger an, bezeichnet 5 als 8, dann als 6. Wieviel Augen haben Sie? — 4 usw. Äussert spontan: ich weiß nicht, was mit mir los ist, was mit mir ist. (Es wird ihr etwas zum Vorlesen gereicht) Ach Gott! das ist alles durcheinander, wer kann denn das lesen, ich habe doch lesen können, weshalb kann ich denn nicht mehr lesen, das ist wohl englisch. Trotz sichtlicher Anstrengung vermag sich Patientin nicht zu orientieren. Zunehmende Ängstlichkeit. Glaubt im Gefängnis zu sein, und daß sie lebendig begraben werden solle.

Patientin zeigt einen guten Ernährungszustand. Die Finger und Zehen sind defekt, zeigen Kontrakturen und Ankylosen, stellenweise atrophische, glänzende Haut. Es handelt sich um Folgen von Erfrieren. Es besteht allgemeine Analgesie bis auf ein Gebiet am Abdomen. Im übrigen ergibt die Untersuchung normale Verhältnisse.

Der Zustand der Patientin blieb bis zum 20. November im wesentlichen der gleiche. Das Gansersche Symptom bestand fort. Patientin zählte z. B. 1, 2, 4, 3. Monate: März, Januar, Dezember. Geldstücke werden falsch benannt. Rißweilen erfolgen richtige Antworten. Häufig sind deliriöse Äußerungen wie: Wir haben Krieg mit den Männern mit den roten Schleifen. Ihr Mann habe ihr gesagt, er sei lebendig begraben und habe nichts zu essen und zu trinken. Er sei in der Nacht bei ihr gewesen, habe schlecht ausgesehen, eine kalte Hand gehabt; sie beklagt sich, daß sie nicht in der Lage gewesen sei, ihm Wasser zu geben usw. Fürchtet sich dauernd vor Tieren. Zeigt man ihr einen Gegenstand, so gerät sie sofort in große Angst und glaubt, es handle sich um ein Tier. Schreiend verbirgt sie sich unter der Bettdecke und läßt sich nur schwer durch Zureden beruhigen.

21. November. Deutliche Remission. Die Furcht vor Tieren nimmt ab. Patientin äußert: Ich muß schon selbst darüber lachen, daß ich solche Angst habe. Patientin zählt richtig, rechnet noch sehr falsch, beginnt sich allmählich zu orientieren.

24. November. Patientin macht zusammenhängende sinngemäße Angaben. Über hereditäre Belastung ist nichts zu ermitteln. Patientin war vor der Ehe Kellnerin, hat viel getrunken. Ihr Mann, Kellner, starb vor vier Jahren, nach 2jähriger Ehe, an Phthisis pulm. Patientin wurde von ihm infiziert, litt an Bubo, wurde antisypilitisch behandelt, abortierte in der Folge zweimal. Seit 1895 leide sie an ohnmachtsartigen Anfällen, Zungenbiß soll vorgekommen sein. Bald nach dem Tode ihres Mannes wurde sie fast erfroren auf dem Kirchhof aufgefunden, angeblich hat es sich um einen Suicidalversuch gehandelt. Später hat sie mehrfach an Gelenkrheumatismus gelitten, wurde erwerbsunfähig und befand sich zuletzt in einer Pflegeanstalt. Über ihre Einlieferung in die Charité weiß sie nichts bestimmtes anzugeben. Sie sei nach dem Kirchhof gegangen, habe dort lange Zeit geweint, dabei die Hände vor das Gesicht gehalten. Als sie aufsaß, habe sie einen großen schwarzen Hund gesehen und laut geschrien, darauf sei sie in die Charité gebracht. Patientin gibt korrekte Antworten. Erinnerungen an den überstandenen Zustand sind sehr mangelhaft.

25. November. Patientin hat einen Schwindelanfall, klagt danach über Mattigkeit und Kopfschmerz. In der Folge zeigt Patientin keine tiefergreifenden Störungen. Sie macht dauernd einen mäßig dementen und apathischen Eindruck.

3. Dezember. Patientin wird nach Dalldorf verlegt. Hier trat eine weitere Besserung ein, sodaß Patientin auf ihren Wunsch entlassen werden konnte. Sie war in der Folge als Aufwärterin tätig.

24. Februar 1904. Patientin wird wiederum aufgenommen. Sie befindet sich in einem Dämmerzustand, in dem sie sich genau wie früher benimmt. Gibt an, auf der Straße sei ein Mann mit einem großen Messer hinter ihr hergelaufen. *Gansersches* Symptom angedeutet. Patientin kann nicht lesen. „Ach Gott, es blendet so sehr“. Kopfschmerz, Suggestibilität, große Tierfurcht, Analgesie.

27. Februar. Patientin ist völlig lucide, erinnert sich leidlich an die Vorgänge während des Dämmerzustandes, gibt zu, täglich Bier und Schnaps zu trinken.

Fall 3 steht dem Fall 2 sehr nahe, insbesondere auch insofern, als in ätiologischer Beziehung Alkoholismus in Frage kommt.

In den weitaus meisten durch das Symptom des Danebenredens ausgezeichneten Fällen, die von mir in der Charité beobachtet wurden, handelte es sich nicht um akut verlaufende Zustände, sondern um langdauernde psychische Erkrankungen, die

ganz vorwiegend kriminelle Individuen betrafen. Wir können diese Fälle, in denen neben dem *Ganserschen* Symptom durchweg hysterische Stigmata bestanden, je nach dem Vorwiegen einer manischen Exaltation, eines stuporösen oder delirösen beziehungsweise paranoischen Zustandes in verschiedene Gruppen sondern. Was die Diagnose dieser Fälle anbelangt, so bieten sie nicht selten Schwierigkeiten. Zunächst möchte ich noch einmal darauf hinweisen, daß das Symptom des Vorbeiredens an und für sich keineswegs das Bestehen einer Bewußtseinsveränderung im Sinne eines hysterischen Dämmerzustandes beweist und somit auch nicht für die Diagnose ausschlaggebend sein kann. *Nissl* (l. c.) hat bereits auf diesen Punkt mit Nachdruck hingewiesen. Früher, als das *Gansersche* Symptom den Gerichtsärzten noch wenig bekannt war, konnte man nicht so selten Gutachten lesen, in denen auf Grund von Antworten im Sinne des Symptoms der Nachweis, daß Simulation vorläge, geführt wurde. Jetzt hatte ich andererseits wiederholt Gelegenheit, Ausführungen zu lesen, die dahin gingen, daß auf Grund des *Ganserschen* Symptoms das Vorliegen eines Dämmerzustandes angenommen wurde in Fällen, in denen diese Diagnose im übrigen ganz unzulänglich begründet erschien. Der Begriff des Dämmerzustandes ist allerdings ein dehnbarer und schwer abgrenzbarer, doch stimmen die Autoren darin überein, daß ein Dämmerzustand eine erhebliche Veränderung des Bewußtseins darstellt.

*Kraepelin*¹⁾ z. B. definiert den Dämmerzustand (als Symptom) als eine Herabsetzung des Helligkeitsgrades des Bewußtseins. Im Dämmerzustand erzeugen nach ihm äußere wie innere Reize nur noch schwache und unklare psychische Gebilde. Allerdings können als lange dauernde Dämmerzustände Krankheitszustände aufgefaßt werden, in denen gewisse Erschwerungen der Seelenvorgänge vorliegen und der psychologische Schwellenwert wesentlich erhöht ist. *Ziehen*²⁾ faßt den Begriff des Dämmerzustandes weiter. Nach ihm stehen die Dämmerzustände den akuten Formen der halluzinatorischen Paranoia sehr nahe, von denen sie sich unterscheiden

1) *Kraepelin*, Lehrbuch, VII. Aufl. S. 151.

2) *Ziehen*, Psychiatrie, II. Aufl. 1902. S. 432.

durch plötzlichen Beginn und Abschluß, durch raschen Verlauf und durch fast regelmäßig bestehenden Erinnerungsdefekt für die Dauer des Dämmerungszustandes. Orientierung und Zusammenhang der Ideenassoziation ist im Dämmerzustand stets gestört, Halluzinationen und Wahnvorstellungen können dagegen fehlen.

Jedenfalls ist es nach den zur Zeit geltenden Auffassungen nicht angängig, den Zustand eines Kranken als Dämmerzustand zu bezeichnen, der einen luciden Eindruck macht, fließend sich unterhält oder gar Skat spielt, lediglich deshalb, weil er neben hysterischen Stigmata bei den ärztlichen Explorationen das Symptom des Danebenredens aufweist. Derartige Fälle kommen aber vor.

Die Fälle, die neben hysterischen Erscheinungen bald ein vorwiegend manisches, bald stuporöses oder paranoisches Krankheitsbild darbieten, haben wir trotz mancher katatonischer Züge in der letzten Zeit dem hysterischen Irresein zugerechnet und zwar auf Grund der Erfahrung, daß in solchen Fällen nach Erledigung der forensischen Angelegenheit eine oft sehr weitgehende Restitution des betreffenden Kranken manchmal ziemlich rasch eintritt und eine Verblödung ausbleibt. Jedenfalls ließ sich oft konstatieren, daß das Verhalten der Patienten in hohem Maße in Abhängigkeit von ihrer Situation stand, d. h. vom Stande des gerichtlichen Verfahrens.

Die betreffenden Patienten kehrten zwar bisweilen wieder in die Anstalt zurück. Sie waren dann jedoch nicht spontan von neuem erkrankt, sondern aus Anlaß einer neuen Straftat verhaftet worden, und im Gefängnis war die Geistesstörung wieder aufgetreten. Die Anamnese ergab dann, daß die Patienten in der Zwischenzeit sich mit Energie irgendwelchen Unternehmungen gewidmet hatten.

Wiederholt haben wir die in solchen Fällen auf Katatonie gestellte Diagnose in der Folge nicht aufrecht erhalten können, sodaß wir gerade Untersuchungs- und Strafgefangenen gegenüber, die ein hysterisch-katatonisches Krankheitsbild bieten, bezüglich der Diagnose Katatonie sehr vorsichtig geworden sind.

Was die manische Form anbelangt, so beobachteten wir dieselbe in zwei Fällen. Die Kranken zeigten ein ausgeprägtes narrenhaftes Wesen, das man in Fällen reiner Manie nicht beob-

achtet; die Art des Vorbeiredens war eine besonders alberne und machte durchaus den Eindruck des Beabsichtigten und Willkürlichen. In einem Falle hielt dieser Zustand, der mit Schlaflosigkeit, Analgesie, Sinnestäuschungen und motorischer Unruhe einherging, ca. sechs Monate an.

Fall 4.¹⁾

Es handelt sich um eine 48jährige, mehrfach vorbestrafte Frau, die seit ihrer Kindheit ausgesprochene Anzeichen einer psychopathischen Konstitution (hysterische Anfallszustände, abnorme Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit) dargeboten hatte. Noch bevor das gerichtliche Verfahren wegen Betrug usw. gegen sie eingeleitet wurde, im Juni 1901, also zu einer Zeit, in der zur Simulation eine Veranlassung nicht vorlag, zeigte sie im Anschluß an eine sehr schmerzhaftes Fingerquetschung ein derartig abnormes Benehmen, daß sie ihrer Umgebung als geisteskrank erschien. Nach ihrer Verhaftung, Januar 1902, war ihr Verhalten zunächst noch ein geordnetes, dann zeigte sie zunehmende Erregung und *Gansersches Symptom*. Der Gerichtsarzt hielt Simulation für erwiesen, Patientin wurde für längere Zeit in Fesseln gelegt, was eine weitere Verschlechterung des Zustandes zur Folge hatte. In die Charité verbracht, zeigte Patientin $\frac{1}{2}$ Jahr lang eine allmählich abnehmende hypomanische Erregung, einförmiges, narrenhaftes Benehmen, motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Analgesie, *Gansersches Symptom*, keine Bewußtseins-trübung, offenbar auch keine tiefgreifende Störung der Merkfähigkeit.

Als Proben ihrer Antworten, die jederzeit von ihr zu erhalten waren, seien angeführt: Wo sind Sie? — Im Volksgarten. Welches Jahr haben wir? — Jahre gibt es doch nicht. Wieviel Pfennige hat eine Mark? — 50 oder 45. Eine Rose wird als Tulpe, Tinte als Wasser, Bleistift als Holz usw. bezeichnet, die Jahreszahl als 1816 angegeben. Finger werden falsch gezählt, die Uhr falsch abgelesen. Kleine Rechenaufgaben nicht gelöst, z. B. $2+2=8$, $3 \times 5 =$ ein paar Tausend, $2+7 =$ eine ganze Masse. Oft berichtet Explorand von nächtlichen Visionen. Der Gefängnisarzt, der sie liebe, hat sie besucht, sie hat Gott gesehen usw.

Einen weiteren Fall von narrenhafter manischer Erregung mit Danebenreden bei einer hysterischen Strafgefangenen haben wir in den Charité-Annalen (Bd. 28, Fall 2) mitgeteilt. Das Benehmen der Patientin glich völlig dem der Kranken in Fall 4.

Der folgende Fall ist von Interesse, weil er zeigt, daß auch bei nicht kriminellen Personen durch das *Gansersche Symptom* ausgezeichnete hysteromanische Zustände vorkommen. Allerdings

¹⁾ Der Fall ist ausführlich mitgeteilt in den Charité-Annalen Bd. XXVIII (Fall 1).

bildete der genannte Zustand in dem vorliegenden Falle nur eine Phase einer protrahiert verlaufenden hysterischen Geistesstörung.

Fall 5.

Frl. A., 24 Jahre alt, Krankenschwester in der Charité bekommt am 18. Dezember 1902 während ihrer Tätigkeit einen Anfallszustand. Sie fällt zu Boden, wälzt sich umher, macht einen verwirrten Eindruck, ruft in pathetischer Art andauernd den Namen ihrer Freundin.

Bis zum 5. Januar 1903 bleibt Patientin in einem verwirrten und benommenen Zustand, dürrtigue, deliriose Äußerungen: sie sei ein Glas, morgen käme ihre Tante, Frl. F. habe es gesagt. Am Fenster sieht sie Gestalten, Fragen werden nicht beantwortet. Dauernde zuckende Unruhe der Extremitäten. Cornealreflex stark herabgesetzt, allgemeine Analgesie, Laparatomie-narbe, im übrigen normaler somatischer Befund. Am 2. Januar 1903 Krampfanfall von hysterischem Charakter.

5. Januar 1903. Manische Erregung, läppisches Benehmen. Patientin singt und tanzt, macht dabei jedoch einen verträumten Eindruck, zeigt für die Umgebung wenig Interesse, bewegt die Augen auffallend wenig, Lidschlag selten. *Gansersches* Symptom. Schlüssel als Knochen, Markstück als Schlips. Goldstück als Knopf, Haarpfeil als Dolch zum Totstechen, Krankenjournal als Noten, Uhr als Medaillon, dann als Kartoffel, Streichhölzer als Taschenspiegel bezeichnet. Zählt 1, 2, 3, 5, 7, 6, 9. Finger falsch gezählt, 4 als 8, 2 als 4, 10 als 14 dann als 13 bezeichnet. Wochentage: Sonntag, Sonnabend, Freitag, Dezember, Januar, September, Monate: Januar, Februar, März, deux, trois, quatre usw.

7. Januar. Der Zustand besteht im wesentlichen unverändert fort. Patientin redet jeden mit „Du“ an, spricht viel zum Fenster hinaus, unterhält sich mit ihrer Freundin, hört auch dauernd ihre Tante sprechen, äußert in delirioser Weise: die Tante könne nicht über die Brücke, sie sähe die Tante an der Brücke, Auf Fragen antwortet sie meist nicht oder in der gekennzeichneten Art. Patientin erscheint vorwiegend heiter, singt in einförmiger Art, stundenlang dieselbe Melodie. Verträumter Gesichtsausdruck. Analgesie.

13. Januar. Der Exaltationszustand ist geschwunden. Patientin ist versunken, äußert deliriose Einfälle: z. B. sie sei in Hildesheim, sei in der Stadt um etwas zu besorgen, sie habe ihre Freundin auf dem Wall getroffen, die Tante sei tot gewesen aber wieder auferstanden.

14. Januar. Lethargischer Zustand, aus dem sich Patientin nicht ermuntern läßt. Leichte Zuckungen der Extremitäten.

17. Januar. Patientin ist wieder munterer geworden. Deliriert lebhaft. glaubt in der Klinik als Schwester tätig zu sein, läßt sich suggestiv in ihrem Delirium leicht beeinflussen.

20. Januar. Patientin ist ganz unzugänglich, singt leise vor sich hin. Verträumtes Wesen.

30. Januar. Nachts Anfall. Patientin wälzt sich umher, schreit und stöhnt, ist dann ganz apathisch.

4. Februar. Patientin wird wiederum munterer, singt, ist aber unzugänglich und verträumt.

7. Februar. Wesentliche Besserung. Patientin macht einen luciden Eindruck, spricht im Zusammenhang. Sie sei wie aus einem Traum erwacht, die Ärzte und das Personal kämen ihr unbekannt vor. Vom 18. Dezember 1902 ab habe sie keine Erinnerung, vom Beginn ihrer Erkrankung wisse sie nichts. Patientin gibt folgende anamnestische Angaben: Vater und ein Bruder der Mutter seien geisteskrank. Sie selbst habe im elften Lebensjahr an Chorea gelitten, damals auch Anfälle von Nachtwandeln gehabt. Vor fünf Jahren habe sie an Krämpfen gelitten, sei acht Wochen in einer Anstalt gewesen. Man habe die Laparatomie gesucht, aus welchem Grunde, wisse sie nicht.

10. Februar. Die Besserung hält nicht an. Nach einem Besuch der Freundin wird Patientin wieder verwirrt und unruhig.

20. Februar. Deliriose Verwirrtheit. Choreiforme Unruhe der Extremitäten. In der Folge bleibt Patientin verwirrt, sie ist bald mehr manisch, bald mehr apathisch und versunken. Das Gansersche Symptom besteht bisweilen in wenig ausgesprochener Art bei entsprechender Fragestellung.

17. März. Patientin wird nach einer anderen Anstalt verlegt, wo sie sich zur Zeit noch befindet. Nachträglich wird bekannt, daß sich Patientin in einer mißlichen Lage befand, sie hatte angeblich ein Darlehen auf Grund falscher Angaben erlangt, auch bei ihrer Einstellung als Schwester ihre früheren Erkrankungen verheimlicht.

Dämmerzustände mit eigentümlicher läppischer Erregung bei jugendlichen hysterischen Kranken kennzeichnen *Kraepelin*¹⁾ und *Fürstner*²⁾. In einem derartigen Fall, der den Typus der doppelten Persönlichkeit bot (es handelte sich um ein 14 jähriges Mädchen), konnten wir auch das Gansersche Symptom konstatieren, es war jedoch nur wenig ausgesprochen. Patientin ist zur Zeit völlig genesen.

Fälle, in denen in Anschluß an einen hysterischen Stupor das Gansersche Symptom auftrat oder gleichzeitig neben einem stuporösen Verhalten bestand, haben bereits *Lück* (l. c.) und *Raecke* (l. c.) beschrieben. Auch wir konnten solche mehrfach beobachten. Aufgefallen ist uns in derartigen Fällen, es handelte sich fast durchweg um kriminelle Individuen, der Gesichtsausdruck der betreffenden Patienten. Er war ein eigenartig einfältiger oder „dummer“, wie man ihn bei andersgearteten Hemmungszuständen

1) *Kraepelin*, Lehrbuch VII. Aufl. 101.

2) *Fürstner*, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych.

kaum sieht. Der Gesichtsausdruck erinnerte in mehreren Fällen sehr an die Physiognomie, die zu Tage tritt, wenn ein Gesunder sich bemüht, ein möglichst „dummes“ Gesicht zu machen. Im folgenden Fall bestand ein stuporöser Zustand nur vorübergehend.

Fall 6¹⁾.

Patientin, eine 29jährige Frau, die nach ihren eigenen Angaben bis zum 18. Lebensjahre Krampfanfälle hatte, litt im Juni 1901 im Anschluß an einen Abort an Verstimmung und nervösen Beschwerden. Im September 1902 wurde gegen sie ein Verfahren wegen Unterschlagung und Urkundenfälschung eingeleitet, im März 1903 starb plötzlich ihr fünfjähriger Sohn. Im Mai 1903 wurde Patientin dahin begutachtet, daß sie die Rolle einer dummen, kindischen und blöden Person spielen wolle, daneben jedoch an nervöser Erschöpfung leide. In der Charité wurde konstatiert: Anämie, dürrtiger Ernährungszustand, zeitweilig stuporöses Verhalten, *Gansersches* Symptom, bisweilen Ängstlichkeit und deliriose Äußerungen, hysteriforme Anfälle, keine Analgesie.

Fragen werden, wenn Patientin überhaupt Antworten gibt, vielfach falsch beantwortet. Finger werden falsch gezählt. 5 als 4, 8 als 10 angegeben. Wieviel Nasen haben Sie? — Zwei. Monate? Januar, Februar, Mai, Juni, August, September, Dezember. Zählt: 1, 2, 4, 6, 9, 10. Rechnet: $3 \times 3 = 3$, $2 \times 8 = 8$, $6 + 7 = 8$, $3 + 9 = 11$, $100 - 50 = 1$, $20 - 6 = 10$. Jahreszahl 70. Monat und Tag falsch angegeben. Tintefaß als Tasse, Papierkorb als Eimer, Brief als Depesche, Streichholzschachtel als Feueranmacher usw. bezeichnet. Haben Sie mit dem Gericht etwas zu tun? — Ich gehe immer vom Schutzmann weit weg, sehe ihn nicht gern. Auf Suggestion geht Patientin nur ganz flüchtig ein. Es gelingt nicht, einen tieferen Grad von Hypnose hervorzurufen.

Bei einzelnen Exploranden bestand nicht ein eigentlich stuporöser Zustand, sie machten jedoch einen gehemmten und deprimierten Eindruck, äußerten sich spontan nicht und nahmen an ihrer Umgebung nur wenig Anteil.

Fall 7.

Otto S., ein 47jähriger „Privatbeamter“, wurde am 15. März 1904 der Charité behufs Begutachtung überwiesen. S. ist wegen Betruges, Erpressung und Beleidigung mehrfach vorbestraft. Zur Zeit ist S. angeklagt wegen Betruges. Er hatte sich als Beauftragter des Obervormundschaftsgerichts ausgegeben und einen zur Zahlung von Alimenten verurteilten Mann zur Herausgabe von 50 M. veranlaßt. Nach Erhebung der Anklage bat S. um Stellung eines Officialverteidigers, da er geistig umnachtet sei und sich nicht verteidigen könne.

¹⁾ Der Fall ist ausführlich mitgeteilt Charité-Annalen Bd. XXVIII.

gen könne. In der Verhandlung am 22. Januar 1904 gab S. an, von der Angelegenheit nichts zu wissen, er wurde zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt. S. beantragte Haftentlassung, da er krank sei. Die gerichtsärztliche Untersuchung ergab: Schütteln der Hände und des Kopfes und Steigerung der Reflexerregbarkeit. S. wurde für haftfähig erklärt. In der Folge schrieb S. einen unsinnigen Brief an seine Angehörigen. Im Verlauf der erneuten Verhandlung vor dem Landgericht (S. hatte Berufung eingelegt) wurde von dem Gerichtsarzt der Antrag gemäß § 81 gestellt.

Anamnese (Frau). Über hereditäre Belastung ist nichts bekannt. Ehe seit 1881. Eine Tochter sei sehr nervös. Drei Kinder sind gesund. Von einem Kopftrauma weiß Referentin nichts. Explorand habe getrunken, sei immer sonderbar und erregbar gewesen. S. war früher Händler, dann in einem Detektivbureau tätig, seit einem Jahr ohne Beschäftigung, trieb sich herum, verteilte gelegentlich Zettel auf der Straße. An Krämpfen hat Explorand nicht gelitten.

15. März. Explorand zeigt einen stupiden, sehr einfältigen Gesichtsausdruck, bewegt die Augen wenig. Die Augenbrauen sind stark emporgezogen, die Augenspalten weit. Die Sprache ist stammelnd. Explorand äußert in stereotyper Weise: Ich soll meine Frau ermordet haben, meine Frau, mein Schwager und ein Mann haben mich hierhergebracht. Mein Trudchen hat geschrieben, ich soll nachhause kommen, ich soll meine Frau ermordet haben mit einem großen Messer. Die Leute sagen, ich sei verrückt und deshalb muß ich einen Verteidiger haben. Diese Sätze wiederholt Explorand in einförmiger Weise, sobald man ihn anredet. Auf Fragen nimmt er keinen Bezug. Aufforderungen werden nicht befolgt.

Gang trippelnd, Explorand hält den Rumpf und Kopf stark nach vorn geneigt. Motilität und Reflexerregbarkeit normal. Der Cornealreflex ist erhalten, der Würgreflex fehlt. Lidschlag selten. Bei unvermuteten Nadelstichen zuckt Explorand stark zusammen, im übrigen anscheinend Analgesie. Bei plötzlichen Geräuschen zuckt Explorand in affektierter Weise sehr stark zusammen.

22. März. Auf Fragen gibt Explorand keine Antworten. Entweder wiederholt er die Frage des Arztes, oder er äußert die oben angeführten Sätze.

24. März. Explorand macht heute einen läppischen, heiteren Eindruck, er grinst, trippelt durch das Zimmer und beantwortet jede Anfrage mit: ja, ja. Explorand hat einige Briefe geschrieben, u. a. an Seine Majestät den Deutschen Kaiser. Werther Herr Kaiser. Da ich an mein Trudchen, meine Frida und meine Frau nicht schreiben darf, bitte ich Sie, an meine Frau schreiben zu wollen, daß mein Fuß heil ist und sie mich nachhause holen soll. Mein Trudchen, meine Frida und Frau sind tot und ich soll auch nun gemordet werden. Der Herr Doktor sagt, ich bin ein Untersuchungsgefangener, was habe ich verübt und werde stets geärgert. Ich will nachhause. Otto S. Ähnliche Äußerungen hat Explorand auch auf einen

Zettel geschrieben. In alberner Weise hat S. auch ein Heiratsgesuchformular ausgefüllt.

2. April. Explorand gibt, energisch angeredet, heute etwas besser Auskunft. Wo sind Sie? — Die Leute sagen im Krankenhaus. Welches Krankenhaus? — Ein Mann hat mir es aufgeschrieben. In welcher Stadt? — Weiß ich nicht. Ich bin doch schon zwei Jahr hier. Meine Frau und Frida ist tot, ich soll auch ermordet werden. Explorand zählt: 1, 2, 4, 5, 6, 7. $2+2=6$, $3+3=9$, $5+5=7$ usw. Finger werden falsch gezählt. 4 als 5, 5 als 4 bezeichnet. Wieviel Beine hat ein Pferd? — Ich habe kein Pferd gesehen. Ich habe alles vergessen. Frida und meine Frau sind tot. 1 M. als Geld, 20 M. als 2 Pfg., 5 Pfg. als 1 Pfg. bezeichnet. Explorand liest falsch z. B. Montag für Montag, Maul für Maus.

3. April. Explorand zeigt heute eine Sprachstörung. Er läßt vielfach Silben und Buchstaben namentlich das r aus, z. B.: Wann ist Ihr Geburtstag? — Hab ich gessen, ich hab durch Shecken Stake loren (vor Schrecken die Sprache verloren). Was haben Sie gearbeitet? — Auskunftbro. Wo? — Weiß nicht. In Berlin? — Ja, viel besser hat ich geschrieben. Die Handschrift des Exploranden ist sehr zitterig. Wie ich die Spache loren habe, scheid ich schlecht. Eine ander Anstalt war, meine Frau mich hinbracht. Patient spricht stockend. Wann haben Sie die Sprache verloren? — Na ich ich Polipräsidium war, kam man, kommen Sie mal mit, ich oben gehen und ein Drosche einstiegen, noch mehr Leute und einsterrt worden. Ich doch nicht groß macht hab, liebe Gott mich schon straft hat. Beim Besuch der Angehörigen (in Gegenwart des Arztes) äußert Explorand nur: ja, ja und faßt seine Tochter unter das Kinn.

14. April. Explorand ist heute freier, antwortet prompter. Er gibt an, daß ihm wirr im Kopf gewesen sei, er sei seit zwei Jahren in der Anstalt, er erinnert sich, daß er wegen Erpressung in Anklage sei. Sie können mich totschiagen, ich kann nichts näheres angeben. Es ist das Gerücht verbreitet, daß mein Trudchen, Frida, und meine Frau tot sind und ich soll ermordet werden.

Der Zustand des Exploranden bleibt bis zu seiner Entlassung im wesentlichen unverändert. Jederzeit sind von ihm Antworten im Sinne des Ganserschen Symptoms zu erzielen, z. B. Tintefaß als Krug, Wachlicht als Cigarette, blau als grün, gelb als weiß bezeichnet. Wieviel Beine hat ein Pferd? — Zwei; eine Kuh? — Zwei. $2+2=6$, $4+4=9$. Finger werden falsch gezählt usw.

Der folgende Fall steht dem Fall 7 ziemlich nahe. Doch machte der Explorand K. einen viel weniger erschöpften und leidenden Eindruck wie Patient in Fall 7. In der Untersuchungshaut zeigte K. vorübergehend ein stupides Wesen, in der Charité war Explorand sehr zurückhaltend und äußerte sich nicht spontan.

Fall 8.

Der Arbeiter K., 33 Jahr alt, wurde zwecks Beobachtung und Begutachtung am 18. März 1904 auf die Irrenabteilung der Charité aufgenommen. K. ist seit 1896 vielfach vorbestraft wegen Kuppelei, Gefangenbefreiung, Körperverletzung und Diebstahl. Zur Zeit ist K. angeklagt wegen schweren Diebstahls. Einer Frau, bei der er eine Schlafstelle innehatte, entwendete er drei Betten und zahlreiche Kleidungsstücke. In der Untersuchungshaft verhielt sich K. zunächst geordnet, in der Folge saß er stupide da und schrieb mehrfache Briefe, in denen er u. a. ausführte: Bismarck sei sein Freund, er sei Besitzer des Gutes Schulzendorf, seine Diener habe er entlassen, sein Hund müsse verhungern, seinen Vater und seinen Sohn habe er ermordet, er wolle alle vergiften, auch den Staatsanwalt, er sei im Besitz des Schlosses Wernigerode. Zwei Briefe waren an Maximilian I. von Deutschland gerichtet, diesen bittet er um Befreiung. Dem Hof- und Kirchenprediger Stöcker überweist er seine Bibliothek.

In den gerichtlichen Vernehmungen machte K. Angaben ähnlichen Inhaltes. Den Namen seines Vaters und seiner Mutter, den Tag und Ort seiner Geburt wisse er nicht. Er glaube er sei verheiratet. Er sei Jude, katholisch und evangelisch, er sei Reserveoffizier, besitze 100 000 M., habe auch Orden, habe das Gymnasium besucht, er habe die Prostituierte Günther ermordet, ebenso seinen Vater, seine Mutter, seine Schwester und seinen Sohn. Einmal habe er ein Portemonnaie mit 80 000 M. gefunden und im Tiergarten vergraben. Das Protokoll unterschreibt er K. Baron.

Aus einem Gutachten des Gerichtsarztes vom 27. Februar 1904 geht hervor, daß K. am 20. Februar einen Erregungszustand hatte und Gegenstände demolierte. K. wurde isoliert und verweigerte bis zum 27. Februar die Nahrung. Die körperliche Untersuchung ergab, abgesehen von hoher Pulsfrequenz (132—136), nichts abnormes.

Über das Vorleben des Angeklagten konnte von anderer Seite nichts ermittelt werden, doch ließ sich an der Hand der Akten konstatieren, daß K. bei Gelegenheit eines früheren gerichtlichen Verfahrens keinerlei psychische Abweichungen an den Tag gelegt hatte.

17. März. Nach der Aufnahme sitzt Explorand mit finsterner Miene im Bett. Die Stirn ist gerunzelt. Explorand spricht dauernd leise vor sich hin. An den Armen und auf der Brust finden sich zahlreiche Tätowierungen. Muskulatur sehr kräftig, Ernährungszustand gut. Die Motilität und Reflex-erregbarkeit ist normal, die Sehnenreflexe an den Beinen sind etwas lebhaft. Auch auf unvermutete Nadelstiche erfolgt keine Reaktion, beim Durchstechen einer Hautfalte tritt keine Pulsbeschleunigung ein. Dynamometer R. 16, L. 16, bei Augenschluß R. 11, L. 10. Explorand äußert auf Befragen: er sei Baron K., sein Freund sei Kaiser Maximilian, er besitze viele Tausend Mark, das Gut Schulzendorf, lauter schwarze Schimmel etc.

20. März. Explorand spricht leise vor sich hin, läuft zeitweilig vor seinem Bett auf und ab, bekümmert sich nicht um die Umgebung. Gesichtsausdruck zornig

25. März. Patient gibt fast durchweg unrichtige Antworten, z. B.: Wie heißen Sie? — Baron K. Kaiser Maximilian will ich verhaften lassen. Sind Sie krank? — Ich bin ganz gesund. Wo sind Sie? — In der Kirche. Ich brauche nicht zu beten. Hofprediger Stöcker wird beten. Was sind Sie? — Immer Baron. Wo waren Sie früher? — Auf meinem Gut Schulzendorf. Waren Sie in Moabit? — Kaiser Maximilian alle verhaften. Lebt Ihr Vater? — Vergiftet Mutter, Geschwister, alle vergiftet, mein Sohn auch vergiftet. Fürst Bülow, Lucanus, alle verfolgen mich, wollen Geld von mir haben.

27. März. Sehr einförmiges Verhalten. Gleichmäßiger, finsterer Gesichtsausdruck.

Wo sind Sie? — Im Bethaus, sie beten alle. Jahr? — 1813. Kaiser? — Kaiser Maximilian muß ich sprechen, mein Freund. Sind Sie verheiratet? — Weiß ich nicht. Haben Sie Kinder? — Habe ich vergiftet. Wieviel Finger haben Sie? — 18. Wieviel Augen? — Gar keine. Wieviel Ohren? — Die habe ich nicht. $5 + 5 = 2$, $2 + 2 = 2$, $4 + 4 =$ immer 2. $100 - 50 = 1000$. Eine Mark wird als 20 M. bezeichnet. 20 M. als: ist kein Geld, 5 Pfennig als 20 M. etc. Tinte als Kaffee, Portemonnaie als Beutel, Schlüsselbund als Klingel, Papier als: aus der Bibel, Sandfaß als Tasse, Streichholzschatel als Holz bezeichnet. Explorand zählt 1, 10, 8, 8, 10. Wochentage? — Montag, blos Montag. Monate? — August, mehr ist nicht. Aufforderungen werden meist nicht befolgt. Spontan äußert Explorand: Fürst Bismarck hat mir einen Hund geschenkt, Tyras, mein Hund in Schulzendorf. Alles Geld verbuddelt in Schulzendorf. Alles meine schwarzen Schimmel, alles ist mir ruiniert. Immerzu ruiniert. Kaiser sagt, alle verhaften. Bülow, Graf Waldersee, alle sind sie hier immerzu, sie verfolgen mir immer. Kaiser sagt: alle verhaften, dann komme ich nach Schulzendorf.

Auch auf unvermutete Nadelstiche erfolgt keine Reaktion.

4. April. Explorand zeigt ein völlig konstantes Benehmen. Seine Antworten zeigen stets den gleichen Charakter, z. B.: Waren Sie beim Militär? — Reserveoffizier, Orden geschenkt, Kaiser Maximilian. Wo sind Sie geboren? — Mein Gut Schulzendorf. Explorand drängt plötzlich fort mit der Bemerkung, er wolle zum Kaiser Maximilian.

11. April. Eine mit dem Exploranden geführte Unterhaltung (Prof. Ziehen) nimmt folgenden Verlauf: War ich gestern bei Ihnen? — Gestern ist heute. Kennen Sie mich? — Ja ganz genau, Sie sind Bronsart von Schellendorf. Kaiser Maximilian ist mein Freund, der ist Kaiser von Deutschland. Wie lange regiert er? — Immer. Wie lange? — 1000 Jahr. Wie alt sind Sie? — Hoch in den Vierzigern. Wann sind Sie geboren? — Weiß ich nicht. Wann ist Ihr Geburtstag? — Ist tot, ist vergiftet. Was ist vergiftet? — Ich habe ihn vergiftet. Womit? — Mit Strychnin, Wann? — Weiß ich nicht, noch nicht lange her. Haben Sie Ihre Mutter vergiftet? — Auch vergiftet. Wer hat sie vergiftet? — Auch ich, wollte mir Erbteil wegnehmen. Schwester auch vergiftet, wollte mir auch wegnehmen alles. Hat man Sie auch vergiften wollen? — Ja. Wer? — Weiß ich nicht. Wie haben Sie

das gemerkt? — Schon oft. Wer ist dieser Herr? — Leutnant von Alberti. Hund ruft nach mir, den lassen sie verhungern. Welcher Hund? — Tyras, von Bismarck geschenkt, so groß (zeigt mit der Hand die Größe). Ich hab Masse schwarzer Schimmel, alles mein. Weiß wird als schwarz bezeichnet.

Tiefe Stiche in das Septum narium rufen keine Abwehrbewegungen hervor, beide Augen beginnen jedoch zu tränen.

13. Agril. Kennen Sie die Frau E. (die bestohlene Frau)? — Kenne ich nicht. Wer ist Frau E? — Hab ich auch Strychnin. Wann? — Vor 1000 Jahren. Waren Sie früher im Gefängnis? — Weiß nicht, was das ist. Schulzendorf, alles vergraben, auch Strychnin, das ganze Geld.

15. April. Patient ist erregt. Verlangt nach einem Strick, will sich aufhängen. Alle wollen mir umbringen, vernichten wollen mir alle, in Stücke wollen sie mir schneiden, geben Sie mir ein Messer. Will der Arzt Sie auch umbringen? — Nein der nicht. Wo sind Sie? — Mörderhöhle. Sind Sie nicht im Krankenhaus? — Ich bin gesund, ich hier nicht bleiben. Was wollen Sie arbeiten? — Ich brauche nicht zu arbeiten. In Schulzendorf hab ich alles vergraben, Geld. Wie kommen Sie nach Schulzendorf? — Laß ich anspannen, bin ich gleich da, $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde. Wie spät ist es? (es wird dem Exploranden eine Uhr gereicht). Er dreht die Uhr geflissentlich herum. Ist nicht meine.

23. April. Nennt den Arzt Exzellenz v. Schellendorf. Läuft nach der Tür und behauptet, er habe seinen Hund gehört. Später kniet er im Bett und zupft an dem Bettzeug, äußert: Da wächst lauter Gras, da kann ich doch nicht darin schlafen, Mohn wächst auch da.

Explorand wird in unverändertem Zustande in das Untersuchungsgefängnis zurückgebracht.

Sowohl die Kranken, die eine manische Exaltation, als auch diejenigen, die ein stuporöses Verhalten zeigten, machten nicht selten Äußerungen von deliriösem Charakter. Oft erzählten sie von schwarzen Männern, die nachts am Bett stehen und Drohungen aussprechen. Eine exaltierte Kranke erzählte von den nächtlichen Besuchen eines Liebhabers, deprimierte Kranke berichten, daß sie ermordet werden sollten, daß ihre Angehörigen umgebracht worden seien, daß verstorbene Angehörige nachts an ihrem Bette reden etc. So äußerte eine derartige Kranke, deren Sohn vor einiger Zeit gestorben war: Max und der Vater war hier, Max hat geweint, Max schläft auf dem Berg, da haben sie ihn hinaufgetragen. Meine Mutter hat gesagt: Laß ihn doch in Ruhe, er schläft, wenn du in den Himmel kommst, siehst du ihn

wieder. Andere Kranke äußern kindische Größenideen, reden von ihren Besitzungen, vornehmen Freunden usw.

In einigen Fällen standen derartige deliriöse Äußerungen ganz in dem Vordergrund und zeigten einen leidlichen Zusammenhang. Solche Fälle wurden früher mehrfach in der Charité als Paranoia und Demenz bei Hysterie bezeichnet und dementsprechend begutachtet. Sie remittierten ebenso wie die übrigen nach Erledigung des gerichtlichen Verfahrens.

*Kraepelin*¹⁾ beschreibt einen Typus hysterischer Geistesstörung der dadurch charakterisiert ist, daß sich bei den betreffenden Kranken eine unabsehbare Kette von Dämmerzuständen viele Monate hindurch fortsetzte. Die Kranken, die zeitweilig an ausgesprochenen hysterischen Anfällen litten, waren tagelang ablehnend, unbesinnlich, hallucinierten, äußerten wahnhafte Äußerungen und gaben unsinnige Antworten. Zu anderen Zeiten waren sie klarer, erotischer oder gereizter Stimmung. Auch außerhalb der Bewußtseinstörung war Analgesie vorhanden. *Kraepelin* betont, daß in derartigen Fällen eine Verblödung nicht eintrete, und daß daher man nicht umhin könne, sie der Hysterie zuzurechnen.

Auch in Fällen, die diesem Typus ungefähr entsprechen, haben wir das *Gansersche* Symptom in charakteristischer Weise auftreten sehen. So in folgendem Fall, in dem neben den Dämmerzuständen ein ausgesprochen melancholisches Krankheitsbild vorlag.

Fall 9.

Frau K., Zimmermannsfrau, 26 Jahr alt, wird am 28. Dezember 1903 in die Klinik aufgenommen. Anamnese (Mann) keine Heredität. Vor drei Jahren schwerer Gelenkrheumatismus, Patientin lag 7 Monate im Krankenhaus. Seitdem bei Erregung hysterische Anfälle. Patientin lag in denselben lethargisch da. Seit 14 Tagen Verschlechterung. Patientin verlor in den Anfällen anscheinend das Bewußtsein. Seit 8 Tagen Stupor, Mutacismus, ab und zu hin- und herwerfen des Kopfes, Keine Imbecillität. Ehe seit 1902. Ein Partus 1903. Trauma, Potus, Lues liegt nicht vor.

Befund bei der Aufnahme: Patientin liegt regungslos im Bett, bewegt nur ab und zu den Kopf rythmisch hin und her. Die Augen sind geöffnet. Gesichtsausdruck apathisch, Extremitäten schlaff, Reflexe normal. Anaemie.

¹⁾ *Kraepelin*. Lehrbuch. VII. Aufl. S. 702.

Dermographie. Auf Nadelstiche erfolgt keine Reaktion aber Pupillenerweiterung. Sondenernährung.

2. Januar 1904. Patientin spricht und bewegt sich. Melancholischer, ängstlicher Zustand. Äußerungen wie: Ich bin nicht wert, daß ich hier bin, ich habe großes Unrecht getan. Allen Schaden getan, den Kindern auch. Orientierung ziemlich gut.

9. Januar. Dämmerzustand. Patientin sucht im Bett, findet Geld, überreicht es dem Arzt. Suggestibilität. *Gansersches* Symptom. Nadel als Piek, Federhalter als Schreib, Wachsstock als Docht, Portemonnaie als Mond (mondförmiger Verschluß) bezeichnet. In der Folge wird Patientin unzugänglich und unruhig, bewegt sich viel, strebt fort, ruft ab und zu: Mutter. Starrer, leerer Gesichtsausdruck.

25. Januar. Der gekennzeichnete Zustand hält an. Benommenes, traumhaftes Wesen. Analgesie. Patientin spielt mit Gegenständen. *Gansersches* Symptom z. B.: Uhrkette als Löcher, Portemonnaie als Tasche, 20 M. als Kaiser, 10 Pfennig als 5, 100-Markschein als Briefgeld, Wachsstock als Weihnachten, Pinsel als Maler, Bleistift als Schreiber, Manschetten als Plätter, Streichholzschachtel als Kasten bezeichnet. Finger werden falsch gezählt, Uhr wird falsch abgelesen. Patientin zählt 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10. Patientin antwortet langsam und bemüht sich sichtlich, Aufforderungen wie Finger zu zählen usw. nachzukommen.

28. Januar. Ratloses, traumhaftes Wesen. Patientin spielt mit Gegenständen, die man ihr in die Hand gibt, kümmert sich nicht um die Umgebung, erkennt Personen, geht auf Suggestionen ein. Äußerungen abgerissen. Agrammatismus z. B.: nicht mein Bett, hier doch nicht zu Hause, muß doch zu Hause, muß doch waschen. Wochentage: Montag, Mittwoch, Freitag, Dienstag. Monate: Januar, Weihnachten, Mai, Oktober, Sedanfeier. Zählt: 1, 2, 5, 8, 3, 10, nimmt dabei die Finger zu Hilfe. 1 M. als Brosche, 10 M. als Pfennig, 20 M. als 20 Pfennig, 100 M. als Brief, Wachsstock als Weihnachtslicht, Pinsel als Maler, Bürste als mit Waschen, Seife als Wachs bezeichnet. Wieviel Nasen haben Sie? — Zwei (nachdem sie beide Hälften ihrer Nase berührt hat. Veilchen als Schneeglöckchen benannt, Farbe derselben grün, blau als grün bezeichnet. Nur tiefe Nadelstiche werden beachtet, Patientin äußert in kindlicher Weise: picken.

15. Februar. Völlig anderes Benehmen. Patientin ist lucide, spricht fließend. Melancholisches Krankheitsbild: Ich habe soviel Unrecht getan, es ist nicht mehr gut zu machen. Ich habe einen Mann, der will mich nicht mehr haben. Ich gehöre ins Gefängnis. Was mit mir war, weiß ich nicht. Weitgehende Amnesie. Auf einen Zettel schreibt sie: ich bin das schlechteste Geschöpf der Welt. Orientierung im wesentlichen erhalten.

18. Februar. Patientin befindet sich wiederum im Dämmerzustand. Hin und wieder Ängstlichkeit und Unruhe. Ratloses Umhertasten. Sprache kindlich. Agrammatismus.

3. März. Patientin ist wieder mehr lucide, beschäftigt sich etwas mit

Handarbeit. Orientierung mangelhaft. Beantwortet einfache Fragen richtig. Monate und Tage werden richtig aufgezählt. Gegenstände richtig benannt.

4. März. Dämmerzustand wie früher. Benommener Gesichtsausdruck. Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptomes, daneben zahlreiche richtige Antworten.

12. März. Zustand im wesentlichen unverändert. Sprache dauernd ohne grammatikalischen Zusammenhang, z. B.: Ich, ich kann raus, nicht in den Garten, nach Haus ich, im Garten nicht ich, da nicht, im Garten, nach Haus ich, ich will nach Haus. Spricht im kindlichen, weinerlichen Ton. Geht auf einen Schrank zu und äußert: zu Haus solcher, zu Haus Küchenspind. (Betastet die Tür.) Auch solche Tür, auch solche Türe, auch so. (Blickt aus dem Fenster.) Auch solche Pumpe dort zu Haus, auch solche wo Wasser holen. Ich will dahin und will arbeiten. Bleistift wird bezeichnet als: mit schreibt, Federhalter: alles, das, damit schreibt, Tintenfaß: das entzwei hier. Tinte: das, schwarz, das damit, damit schreibt. Papier: das, da ist, schreibt usw. Geht auf Suggestionen ein, wird ängstlich und entfernt sich, als ihr gesagt wird, eine Maus sei im Zimmer.

16. März. Lethargischer Zustand. Extremitäten schlaff. Auf Nadelstiche erfolgt keine Reaktion.

21. März. Patientin ist allmählig wieder erwacht. Einfache Fragen werden ziemlich prompt beantwortet. In der Folge weitere allmähliche Besserung. Das kindliche Benehmen schwindet nach und nach. Mäßige Einschränkung des Gesichtsfeldes. Hypalgesie.

28. März. Patientin wird als gebessert entlassen. Während ihrer Krankheit hat sie mehrfach Äußerungen getan, die dafür sprechen, daß sie gegen ihren Mann eine Abneigung hat. Einer Wäscherin hat sie von einer strafbaren Handlung ihres Mannes erzählt.

In allen den bisher kurz gekennzeichneten Fällen zeigte das Symptom des Vorbeiredens in inhaltlicher Beziehung im wesentlichen den gleichen Charakter. Die Kranken machen völlig unzutreffende Angaben bezüglich Ort und Zeit. Zählen falsch unter Zuhilfenahme der Finger. Zählen Finger und Geldstücke falsch, lesen die Uhr falsch ab, sagen die Wochentage und Monatsnamen in falscher Reihenfolge und mit Auslassungen auf. Benennen die gewöhnlichsten Gebrauchsgegenstände falsch, doch so, daß sie der richtigen Bezeichnung oft nahe kommen. So wird ein Tintenfaß als Tasse, ein Licht als Docht, ein Papierkorb als Kiepe, eine Streichholzschatel als Pillenschachtel, ein Portemonnaie als Nadeltasche, ein 20-Markstück als Spielmünze usw. bezeichnet. Bisweilen wird an Stelle des Ganzen ein Teil benannt, oder es wird in kindlicher Art die Gebrauchsweise des Gegenstandes

charakterisiert, oder es wird die Substanz des Gegenstandes genannt z. B. wird ein Taler als Kopf, ein Portemonnaie mit halbmondförmigem Verschuß als Halbmond, eine Uhrkette als Löcher, Streichhölzer als „zum Feuer machen“, Federhalter als „zum Schreiben“, ein Schlüsselbund „zum Schließen“, ein Markstück als Metall, ein Bleistift als Holz bezeichnet. Nur selten sind die Beziehungen zwischen Antwort und Frage lockerer und fernliegender, z. B. Uhr als Kartoffel, Markstück als Knopf. Gelegentlich werden völlig widerspruchsvolle Benennungen oder Behauptungen hervorgebracht z. B. schwarze Schimmel, der Expl. erklärt er sei Jude, katholisch und evangelisch.

Sehr auffallend sind die falschen Angaben, die sich auf die Anzahl von Körperteilen beziehen. Nicht selten geben die Kranken an, daß sie 4 Augen oder 12 Finger oder 4 Beine usw. hätten. Häufig beantworten die Kranken die Fragen selbst nicht, knüpfen aber sofort an dieselbe eine Bemerkung, die ihren Delirien entspricht z. B. wie heißt ihre Tochter? „Die wollen sie auch tot machen“. Was ist Afrika? Der Kaiser hat gesagt, ich solle dahin fahren. Stellt man die Kranken energisch zur Rede und weist sie auf die Unsinnigkeit ihrer Antworten hin, so gelingt es manchmal, sie dahin zu bringen, daß sie ihre Antworten zu verteidigen oder zu motivieren suchen. So sagte z. B. eine Patientin, ihr Mann habe vier Augen und fügte auf den gemachten Einwand hinzu: zwei setzt er auf. Sie meinte damit eine Brille. Ein Mann behauptete, eine Kuh habe 5 Beine, zur Rede gestellt, fügte er hinzu: 4 Beine und einen Schwanz. Die Antworten erfolgen bald langsam, bald prompt, jenachdem Hemmung vorliegt oder nicht. In fast allen Fällen bestanden neben dem *Ganserschen* Symptom eine Reihe hysterischer Stigmata, besonders Analgesie und Sprachstörungen, wie Stammeln, Agrammatismus und pseudophasische Störungen.

In Fällen, in denen Analgesie vorliegt, beobachtet man nicht selten, daß die analgetischen Patienten bei unvermuteten Nadelstichen lebhaft zusammenfahren, bezw. daß sie eine Abwehrbewegung machen, oder daß ihnen eine Schmerzäußerung entfährt. Sobald die Aufmerksamkeit des Kranken auf den Vorgang des Stechens gelenkt ist, werden Stiche an derselben Stelle als „nicht empfunden“ bezeichnet. Ein derartiges Verhalten kann natürlich,

wenn es bei Personen konstatiert wird, die hysterische Erscheinungen darbieten, nicht als Beweis für das Vorliegen bewußter Simulation erachtet werden. Der Ausfall von Sinneswahrnehmungen bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf den reizauslösenden Vorgang wird in der Regel als eine Erscheinung der Autosuggestion bezeichnet. *Moeli* vermutet, daß die Vorgänge in den betreffenden Centren, die die Vorstellung von dem erwarteten Reiz begleiten, bereits die Spannkraft der Centren in irgend einer Weise erschöpfen¹⁾

Die bisher besprochenen Fälle glauben wir vor der Hand durchweg dem hysterischen Irresein zurechnen zu müssen. Doch geben wir unumwunden zu, daß die klinische Stellung mancher hierher gerechneter Fälle keine ganz gesicherte ist. Jedenfalls geht aus den gemachten Mitteilungen hervor, daß das *Gansersche* Symptom bei hysterischen Psychosen der verschiedensten Art vorkommt und ich kann hinzufügen, daß zum wenigsten andeutungsweise und vorübergehend es eine häufige Erscheinung ist. Durch gewisse Kunstgriffe, z. B. dadurch, daß man die Kranken mit den betreffenden Fragen gleichsam überrascht, oder sie durch schnelles und sehr energisches Befragen in Erregung versetzt, kann das *Gansersche* Symptom nicht selten auch in Fällen, in denen es zunächst nicht vorliegt, hervorgerufen werden. Unter diesen Umständen ist man kaum berechtigt, von einem „*Ganserschen* Dämmerzustand“ oder einer „*Ganserschen* Psychose“ zu reden. Wenn im Verlauf einer hysterischen Psychose das *Gansersche* Symptom in Erscheinung tritt, so ist dies — wir kommen darauf noch zurück — in erster Linie von äußeren Umständen, d. h. von der Situation oder von der Art der Befragung abhängig. Das Symptom ist somit nicht als Ausdruck eines besonderen Geisteszustandes zu erachten. Indem aber fast alle Autoren, die über das in Rede stehende Thema sich geäußert haben, von einem „eigenartigen Dämmerzustand“ usw. reden, wird die Vorstellung nahe gelegt, als handele es sich um eine besondere Form der hysterischen Geistesstörung, eine Auffassung die unseres Erachtens irreführend ist. Sämtliche Formen des hysterischen Irreseins, in denen

¹⁾ *Moeli*, Über Hysterie, Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, S. 740.

wir das Danebenreden konstatieren konnten, kommen auch ohne diese Erscheinung zur Beobachtung.

In nicht häufigen Fällen bekommt man auch von Kranken, die an typischer Katatonie (im Sinne *Kräpelin's*) leiden, Antworten, die inhaltlich völlig denen der hysterischen Kranken gleichen.

Nissl (l. c.) hat ausgeführt, daß das *Gansersche* Symptom wohl bei wirklich hysterischen Kranken vorkomme, daß es jedoch in erster Linie eine Äußerung des katatonischen Negativismus darstelle. Besonders häufig kommt es nach ihm in Fällen von Katatonie des reiferen Lebensalters vor.

Ganser hat sich dahin geäußert, daß das Vorbeireden auch bei Katatonischen vorkomme, dann aber ein Symptom einer als Komplikation zu bezeichnenden Hysterie darstelle. Nach unseren Beobachtungen sind vereinzelte Antworten im Sinne des Vorbeiredens bei katatonischen Kranken häufig, ein andauerndes Danebenreden im Sinne des *Ganserschen* Symptoms jedoch selten. Es kommt aber vor auch in Fällen die niemals hysterische Züge geboten haben. Solche Fälle sind auch von *Westphal* beobachtet worden. Der Gesamteindruck, den derartige Kranke machen, unterscheidet sie in der Regel wesentlich von den hysterischen Kranken. Die Erscheinung des schnellen Antwortens, auf die *Westphal* hingewiesen hat, ist nicht konstant und besitzt keine diagnostische Bedeutung.

Im nachstehenden teilen wir als Beispiel einen Fall mit, in dem bei der an Dementia praecox leidenden Patientin das *Gansersche* Symptom in ausgesprochener Weise eine Zeit lang bestand. Die Kranke hatte niemals hysterische Erscheinungen dargeboten.

Fall 10.

Martha M., Näherin, geb. 1884, wurde zum ersten Male am 17. November 1900 auf die Irrenabteilung der Charité aufgenommen. Die Schwester des Vaters starb geisteskrank. Patientin war bei der Geburt sehr schwach, litt später an Rachitis, blieb in der Entwicklung zurück, lernte jedoch in der Schule gut. Keine schwereren Krankheiten. Seit 1877 war sie als Dienstmädchen in Stellung. Dezember 1899 erschien sie nervös und verstimmt, schlief schlecht. Im Juli 1900 zeigte Patientin ein aufgeregtes Wesen, seit Mitte Oktober Anfälle von Ängstlichkeit. Seit Anfang November Gleichgültigkeit, Schlaflosigkeit, verkehrte Handlungen.

Bei der Aufnahme ist Patientin gehemmt, antwortet zögernd aber sinngemäß, keine Katalepsie, kein Widerstreben, auf Nadelstiche keine Reaktion. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts von Belang. In der Folge stuporöser Zustand, Widerstreben, Mutazismus.

Im Dezember Schwinden der Hemmung bis auf den Mutazismus, ungezogenes, impulsives Wesen, lacht viel. Im Februar 1901 fängt Patientin wieder an zu sprechen, ist im wesentlichen orientiert, lacht viel unmotiviert, ist ab und zu mutazistisch. März 1901: Patientin wird ungeheilt in die Familie entlassen. Diagnose: Katatonie.

Oktober 1903 2. Aufnahme. Patientin zeigte in der Zwischenzeit ein stupides Wesen, war nur zur Zeit der Periode erregt, bisweilen mutazistisch, zu anderen Zeiten gab sie „mit Fleiß“ verkehrte Antworten, ihren jüngeren Geschwistern antwortete sie oft korrekt. In der letzten Zeit zunehmende Unruhe.

Patientin macht einen verblödeten Eindruck, sie ist widerstrebend, unsauber, läßt oft unter sich, lacht viel, ist meist mutazistisch. Vorübergehend gibt sie bald zögernd, bald prompt Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptoms. Z. B.: Wie viel Augen haben Sie? — 10. Wieviel Nasen? — 7, die böse 7. Wieviel Beine? — Weiß ich nicht. Wieviel Füße? — Einen habe ich. Wieviel Beine hat ein Pferd? — 10 Beine. Wie heißt der Kaiser? — Blumenthal. In welchem Lande sind wir? — In Rußland. Wer waren die beiden ersten Menschen? — Noah und Abel. Wieviel Arme haben Sie? — Zwei zum riechen. Welches Tier gibt Milch? — Maultier. Wieviel Beine hat eine Kuh? — 3 Beine. Ein Sperling? — 10 Beine. Wie heißt der Kaiser? — Frankfurt. In welchem Erdteil liegt Deutschland? — In Frankreich. Ein Wachlicht wird als Zylinder, 10 Mark als Sechser, 2 Mark als Groschen, ein Glasspatel als Messer, Watte als Wachs etc. bezeichnet. Finger werden falsch gezählt, 4 als 10, 8 als 7 usw. bezeichnet. $2 + 2 = 4$, $5 + 5 = 5$, $1 + 1 = 6$, $2 + 2 = 5$.

Patientin macht bei derartigen Antworten einen widerwilligen Eindruck, sie fühlt sich durch die Fragen offenbar belästigt, betrachtet die ihr vorgehaltenen Gegenstände nur ganz flüchtig. Aufgefordert, die Uhr abzulesen, gibt sie eine unrichtige Zeitangabe ohne überhaupt nach der Uhr hinzusehen.

Fragen wir uns nun nach dem psychologischen Zustande kommen des *Ganserschen* Symptoms, so ist zunächst bemerkenswert, daß Antworten im Sinne desselben gelegentlich bei Geistig- gesunden vorkommen und zwar unter recht verschiedenen Umständen, so in der Schlaftrunkenheit, im Zustande von Verlegenheit und Zerstreutheit, aus Mutwillen und um einen lästigen Fragesteller abzuweisen oder, um auf eine dumme Frage eine dumme Antwort zu geben. Wir werden auch nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, daß auch bei Geisteskranken das Zustandekommen des Symptoms ein verschiedenes sein kann.

Daß es als Ausdruck eines Simulationsversuches vorkommt, ist nicht zu bezweifeln. In einem großen Teil der als Simulation von Geistesstörung in der Literatur beschriebenen Fälle wurde es konstatiert und unter diesen finden sich eine Anzahl völlig einwandfreier Fälle. Dem Simulanten kommt es natürlich nicht darauf an, das *Gansersche* Symptom zu produzieren, er versucht lediglich eine Antwort zu geben, die nach seiner Meinung eine möglichst schwere Störung des Denkens dokumentiert. Daß er hierbei im Sinne des *Ganserschen* Symptoms antwortet, ist offenbar dadurch bedingt, daß er von der durch die Frage angeregten Vorstellungsgruppe nicht loskommt, er kann dies um so weniger, als er bemüht sein wird, einigermaßen prompt zu antworten, um nicht durch ein längeres Überlegen den Eindruck des Beabsichtigten hervorzurufen.

Im nachstehenden teilen wir einen Fall mit, in dem unseres Erachtens das *Gansersche* Symptom, wie es in der Charité hervortrat, lediglich auf Rechnung von Simulation zu setzen ist; damit soll nicht gesagt sein, daß Explorand nicht infolge seiner Verhaftung vorübergehend sehr deprimiert, vielleicht auch in der Isolierhaft vorübergehend leicht verwirrt war.

Fall 11.

Der Kutscher Z., 29 Jahr alt, ledig, wurde am 21. April 1904 behufs Begutachtung in die Charité aufgenommen. Z. ist vorbestraft wegen Körperverletzung, Unterschlagung, Hausfriedensbruchs und Sachbeschädigung. Zur Zeit ist Z. in Anklage wegen wiederholten schweren Diebstahls; er hat mit Komplizen in 3 verschiedenen Fällen unbeaufsichtigte, mit Fleisch beladene Fuhrwerke entwendet.

Bald nach seiner Verhaftung fing Z. an, verkehrte Äußerungen zu tun. So sagte er am 29. Januar 1904 aus: ich habe 10 Gespanne aller Sorten, die Zorndorferstraße 24 stehen. Die ihm zur Last gelegten Handlungen stellte er in Abrede. Am 30. Januar 1904 sprach Explorand viel, äußerte u. a. er sei Diener des Prinzen Heinrich etc. Am 10. Februar gab Z. zögernd unbestimmte Antworten und schien verwirrt zu sein, bald darauf wurde er unruhig und kratzte sich blutig, er äußerte, er sei vom Arzte geschlagen worden.

In der Hauptverhandlung redete Explorand unbefragt und machte unpassende Bemerkungen. Von den Sachverständigen wurde der Antrag gemäß § 81 gestellt.

Anamnese (Bruder), der Vater ist im Delirium pot. gestorben, eine Tante (mütterlicherseits) war geisteskrank, die Großmutter litt an „Kopfkolik“, ein Bruder des Exploranden ist verschollen, eine Schwester war in einer Besserungs-

anstalt. Explorand hat in der Schule schlecht gelernt, hat es später in seinen Stellungen nie lange ausgehalten, während seiner Dienstzeit ist er oft bestraft. Explorand war stets sehr erregbar und gewalttätig, er hat die Angelegenheit, vor sich hinzusprechen, wenn er allein ist. Im 9. Lebensjahr hat er an Gelenkrheumatismus, später an einer Geschlechtskrankheit gelitten.

Explorand ist ein sehr kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungs-zustand. Der Gesichtsausdruck ist finster, bisweilen zornig (wenn man den Exploranden energisch anredet). Auf Nadelstiche erfolgt nur Reaktion, wenn die Nasenseidenwand getroffen wird. Die körperliche Untersuchung ergibt im übrigen nichts von Belang. Cornealreflex normal. Helix der Ohren wenig umgelegt. Tätowierungen.

Die Antworten erfolgen fast durchweg im Sinne des *Ganserschen* Symptoms. Wo sind Sie? — In der Stube. Wo? — In Moabit. Wie heißt der Kaiser? — Karl, Friedrich, Wilhelm. Wieviel Tage hat das Jahr? — 52. Wieviel Monate? — 12. Wieviel Wochen? — 12. An welchem Fluß liegt Berlin? — An der Saar. Wie heißen die ersten Menschen in der Bibel? — Moses und die Propheten. Wer hat Amerika entdeckt? — August Vorreiter. Tintenfaß als Topf, Federhalter als Blei, Schieferstift als Priem, Streichholzschachtel als Priemdose, Portemonnaie als Briertasche, 3 Mark als 1 Mark, 5 Mark als eben solch ein Ding, 20 Mark als Spielmarke, rot als blau, grün als grau, schwarz als grün, 4 Finger als 3, 5 als 10 bezeichnet. Wieviel Beine hat ein Hund? — 2. Ein Sperling? — Gar keine. Ein Goldfisch? — Ein Bein, ich habe einen zu hause gehabt mit einem Fuß. Wieviel Beine haben Sie? — 4. Wieviel Finger? — 9. $3 \times 3 = 6$, $5 + 5 = 8$. Explorand zählt falsch, sagt Tage und Monate falsch auf. Schreibt statt 5430 53400; statt 34602, 40062. Liest falsch, statt Dezember Dienstag usw.

21. April. Explorand sagt nachts zum Wärter, es sei jemand in der Badestube, was nicht der Fall war, danach rief er öfter: Ernst. Bisweilen sprach er leise vor sich hin.

22. April. Wo kommen Sie her? — Aus der Kaserne, da habe ich immer exerzieren müssen. Sind Sie angeklagt? — Ja wegen meinen Bruder, ich habe ihn gehauen mit einem Glas.

23. April. Wieviel Tage sind Sie hier? — Seit der Nacht um 12. Sind Sie geisteskrank? — Der Geist ist krank, der Kopf ist gesund. Welche Farbe hat eine 5-Pfennigmarke? — Weiß. Wieviel Beine hat ein Hund? — 2, ich habe selbst einen gehabt, der hieß Tell. Hatte der 2 Beine? — Nee, der hatte 4 Beine. Gibt es zweibeinige Hunde? Ich glaube nicht. Wann sind Sie geboren? — Das ist schon lange her.

4. Mai. Explorand spielt mit einem Patienten „Puff“, er äußert plötzlich, es gehe ihm alles durcheinander, und es verwirre ihm den Kopf. Für gewöhnlich spricht Explorand mit niemanden auf der Station.

7. Mai. Explorand klagt über Kopfschmerzen und Stiche in der Brust. Bei der Unterhaltung blickt Explorand den Arzt nicht an. Seine Antworten erfolgen oft nach längeren Pausen, man gewinnt den Eindruck, daß

er dieselben überlegt. Explorand macht einen luciden und nicht leidenden Eindruck. Als ihm der Arzt sagt, daß er durch seine Antworten Geisteskrankheit vorzutäuschen suche, wird Explorand sichtlich erregt und äußert: den Kopf können Sie mir nicht abreißen.

16. Mai. Explorand entweicht aus der Charité und beweist dabei große Umsicht und Entschlossenheit.

Wie sehr der Laie geneigt ist, bei einem Simulationsversuch im Sinne des *Ganserschen* Symptoms zu antworten, davon kann man sich leicht überzeugen, wenn man Personen, die keinerlei Vorstellungen von dem Verhalten Geisteskranker haben, den Auftrag erteilt, sich geisteskrank zu stellen. So oft ich dieses Experiment gemacht habe, bin ich überrascht gewesen, wie völlig die Antworten solcher Personen dem *Ganserschen* Symptom entsprechen. Die Antworten solcher Versuchspersonen decken sich nicht selten wörtlich mit den Äußerungen hysterischer Untersuchungsgefangener. Wir erhielten z. B. folgende Antworten: Wann sind Sie geboren? — Vor Christi Geburt. Wieviel Beine haben Sie? — Vier. Wieviel Augen? — Drei. In welcher Stadt sind wir? — In Amerika. Wer hat Amerika entdeckt? — Friedrich der Große. Welche Tiere ziehen die Droschken? — Hunde. Eine Zigarre wurde als zum Essen, ein Bleistift als Stück Holz, ein Taler als Gold usw. bezeichnet. Finger wurden falsch gezählt, Monate falsch aufgesagt, die Uhr falsch abgelesen usw.

Zieht man nun in Erwägung, daß das *Gansersche* Symptom in kriminellen Fällen nach unseren Beobachtungen etwa fünfmal so häufig ist als in nicht kriminellen, so kann man die Vermutung nicht von der Hand weisen, daß der Wunsch, krank zu erscheinen, bei dem Zustandekommen des Symptoms vielfach bald mehr bald weniger wirksam ist. Damit soll keineswegs gesagt sein, daß die betreffenden Patienten immer bewußt simulieren. Häufig werden die Verhältnisse so liegen, daß die Betreffenden durch die Schädlichkeiten des gerichtlichen Verfahrens usw. erschöpften Personen eine Erschwerung des Denkens an sich wahrnehmen und nun in dieser Richtung sich völlig gehen lassen und auf das Geratewohl antworten. Da es sich in der Regel um hysterische Individuen handelt, wird sich das Symptom auf autosuggestivem Wege leicht verstärken und befestigen. Alle Zwischenformen

zwischen völlig bewußter Simulation und autosuggestierter Unfähigkeit einfache Fragen richtig zu beantworten, werden vorkommen. Nur auf den Gesamteindruck, den der Explorand hervorruft, wird sich das Urteil gründen können, wie weit Explorand sich noch der Simulation bewußt ist. Auch in den Fällen, die als hysterische Dämmerzustände (*Ganserscher Dämmerzustand*) aufzufassen sind, wird trotz der Trübung oder Einengung des Bewußtseins und trotz des Vorherrschens deliröser Vorstellungen in der Regel das Bewußtsein der wirklichen Situation bei dem Kranken nicht jede Wirksamkeit verlieren und wir sind geneigt, auch diesen Fällen gegenüber anzunehmen, daß der Wunsch, krank zu erscheinen, bei dem Zustandekommen der verkehrten Antworten von wesentlicher Bedeutung ist. Läßt sich doch nicht selten konstatieren, daß in Zuständen von Bewußtseinsveränderung, die dem hysterischen Dämmerzustand verwandt sind, d. h. in der Hypnose, in dem Trancezustand der Medien, im Traum usw. die betreffenden Personen trotz ihrer Delirien die realen Verhältnisse nicht völlig aus dem Auge verlieren.

Doch kann das *Gansersche* Symptom nicht in allen Fällen in dieser Richtung ausreichende Erklärung finden, schon darum nicht, weil es, wenn auch seltener, bei nicht kriminellen Personen vorkommt.

Raecke und *Westphal* haben das *Gansersche* Symptom in erster Linie auf die Benommenheit und Erschwerung des Denkens des Kranken zurückgeführt. Die Associationshemmung mag, wie bereits erwähnt, in wesentlicher Weise wirksam sein, sie kann jedoch allein das Symptom nicht erklären, da dieses in Zuständen von Benommenheit und Denkhemmung, so bei Hirnkrankheiten und bei Amentia usw. völlig vermißt wird.

Uns will es scheinen, daß in denjenigen Fällen hysterischer Geistesstörung, in denen der Wunsch, krank zu erscheinen, nicht als wirksam angenommen werden kann, es in erster Linie die in der Art der Fragestellung enthaltene Suggestion es ist, die das Danebenreden bedingt. Spontan äußern derartige Patienten nämlich niemals, daß sie 3 Augen oder 20 Finger usw. hätten, derartige Antworten erfolgen vielmehr lediglich als Reaktion auf die betreffenden Fragen. Daß aber diese im hohen Maße ge-

eignet sind, bei dem Kranken die Vorstellung auszulösen, daß der fragende Arzt ihre Intelligenz sehr gering einschätzt, bedarf keiner Ausführung. Richtet man derartige Fragen an Gesunde, so wird nur sehr selten eine prompte, richtige Antwort erteilt, die meisten äußern zunächst ihr Erstaunen über eine derartige Fragestellung. Unter solchen Verhältnissen kann es nicht Wunder nehmen, wenn Kranke mit krankhaft gesteigerter Suggestibilität auf Grund der Vorstellung nicht korrekt antworten zu können, Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptomes erteilen.

Nach *Jung* ist der *Gansersche* Komplex bei Untersuchungsgefangenen in vielen Fällen als eine emotionelle Verwirrtheit aufzufassen, d. h. aus einer abnormen Affektwirkung herzuleiten.

Daß ein ängstlicher Affekt das Danebenreden bedingen kann, hat bereits *Moeli* (l. c.) ausgeführt. Nach ihm ist bisweilen „das Vorgehen des ungeübten Arztes, dessen zu eifrige Fragen den zu Untersuchenden erschrecken und ermüden, an der Ausdrucksweise desselben (*Gansersches* Symptom) Schuld“. Wir konnten kürzlich bei einer nicht kriminellen hysterischen und schwach-sinnigen Frau das *Gansersche* Symptom konstatieren und zwar unmittelbar nach der Aufnahme, als die Kranke durch die Versetzung in eine fremde Umgebung und durch das Verhalten einiger erregter Kranken auf der Station in hohem Maße beunruhigt war. Der Ehemann der Patientin gab uns an, daß ihm das Verkehrtreden seiner Frau sehr wohl bekannt sei. Es trete auf, wenn dieselbe erregt sei. So habe er es jedesmal beobachtet, wenn er genötigt gewesen sei, einen der Patientin bis dahin unbekannten Arzt kommen zu lassen.

Fall 12.

Frau B., 44 Jahr alt, wurde am 29. November 1903 auf die Krampf-
abteilung der Charité aufgenommen.

Die von seiten des Mannes erhobene Anamnese ergibt: Keine hereditäre Belastung, in der Kindheit keine schweren Krankheiten. Leistungen in der Schule schwach, jedoch gutes Gedächtnis. Patientin war vor der Ehe Plätterin und hat viel und schwer gearbeitet. Ehe seit 1892. Patientin hat zweimal abortiert, einmal geboren. Potus, Trauma, Lues liegen nicht vor. Vor 5 Jahren wurde Patientin wegen Mißhandlung eines Kindes bestraft.

Patientin soll bereits vor der Ehe einzelne Anfälle gehabt haben. Während der Ehe traten zunächst in Abständen von mehreren Monaten An-

fälle im Anschluß an Aufregungen auf, einmal auch auf der Straße. Patientin wird plötzlich steif und fällt um, sie hat sich öfter dabei verletzt. Patientin bleibt völlig ruhig und steif mit geöffneten Augen liegen. Das Bewußtsein schwinde nicht, sie wisse, was um sie vorgehe. Die Atmung ist nicht angestrengt. Krämpfe, Verunreinigung und Zungenbiß wurden nicht beobachtet. Die Dauer solcher Zustände betrug bis 1½ Stunden. Patientin erholt sich in der Regel rasch und ist nach Ablauf des Anfalles bald in der Lage, ihre Tätigkeit wieder aufzunehmen.

3 Wochen vor der Aufnahme machte sich in dem Befinden der Patientin eine Verschlechterung geltend. Im Anschluß an einen Ärger traten fast täglich Anfälle auf.

Patientin sei immer beschränkt und leicht erregbar gewesen.

Patientin machte bei der Aufnahme einen befangenen und ängstlichen Eindruck. *Gansersches* Symptom; z. B.: Wieviel Beine hat ein Pferd? — 3. Wochentage und Monate werden verstellt und mit Auslassungen aufgesagt. Beim Zählen werden die gleichen Fehler gemacht. Wieviel Augen haben Sie? — 2. Patientin betastet vorher ihre beiden Augen. Wieviel Augen hat Ihr Mann? — 4. Wo hat er die beiden anderen Augen? — Die hat er sich aufgesetzt. (Scheint eine Brille damit zu meinen.) Welchen Monat haben wir? — Heute bezahlen wir Miete. Wieviel Geld ist dieses? — Unseres ist das nicht. 5 M. als 3, 20 M. als 10 bezeichnet. Die Uhr wird falsch abgelesen. Wieviel Finger haben Sie? — 8, fügt hinzu und 2 Daumen. Zwischen derartigen Antworten gibt Patientin auch einzelne korrekte. Versuche, sie suggestiv zu beeinflussen, gelingen nicht. Auf Befragen klagt Patientin über Kopfschmerz. Patientin schreibt die Zahlen in falscher Reihenfolge. Diktierte Worte schreibt sie völlig entstellt nieder, z. B. Berm statt Berlin, Woch statt Mittwoch, Wagebr statt Bierwagen.

Aus dem Bett genommen, bleibt Patientin ratlos stehen. Der Gang zeigt keine Besonderheiten. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich. Die Pupillen reagieren prompt auf Belichtung. Der Cornealreflex ist stark herabgesetzt. Es besteht totale Analgesie, auch bei plötzlichen Nadelstichen erfolgt kein Zusammenzucken. Die Sehnenreflexe sind normal.

Der geschilderte Zustand klang allmählich ab. Die totale Analgesie bestand jedoch unverändert fort. Patientin verblieb bis zum 7. Dezember 1903 auf der Station. Sie bekam mehrfach hysterische Anfälle, in denen sie steif und völlig unzugänglich dalag. Einmal schloß sich an einen derartigen Anfall ein Verwirrheitszustand an, in dem Patientin konfuse Antworten gab. Patientin machte dauernd einen erheblich schwachsinnigen Eindruck. Sie gab an, daß sie seit dem 18. Lebensjahr an Anfällen leide, in denen sie das Bewußtsein nicht völlig verliere. Die Analgesie bestehe bereits seit einer Reihe von Jahren.

Bei imbezillen und dementen Personen kommt das *Gansersche* Symptom auch ohne ängstliche Erregung leicht zustande und

zwar als Reaktion auf die Fragestellung des Arztes. Ich habe kürzlich einen kriminellen dementen Alkoholiker beobachtet, der die albernsten Antworten im Sinne des *Ganserschen* Symptoms gab, z. B. ein Schutzmann habe 5 Beine, ein Goldfisch 2 usw. Dieser Mann unterhielt sich völlig fließend und angemessen mit anderen Kranken, auch gab er auf Fragen nach seinen Verhältnissen ganz gute Auskunft. Man gewann durchaus den Eindruck, daß Patient lediglich deshalb die verkehrten Antworten gab, weil er annahm, der Arzt erwarte dieselben, weil er sonst nicht derartige Fragen an ihn richten würde.

Fall 13.

Explorand, ein 47jähriger Glaser, wurde am 1. Februar 1904 zwecks Begutachtung der Charité überwiesen. Aus den Akten ergibt sich, daß Explorand bereits mehrfach wegen Unterschlagung, Diebstahl und Körperverletzung vorbestraft ist. Neujahr 1903 war er in Berlin als Postgehülfe einige Tage beschäftigt. Mit dem Austragen von Briefen beschäftigt, trat er am 2. Januar 1903 in die Wohnung der ihm bis dahin unbekannten Eheleute Sch. Hier sortierte er zunächst Briefe, warf diese dann plötzlich in den Ofen indem er bemerkte: wenn ich das bestellen wollte, hätte ich bis um 10 Uhr zu tun. Er ging fort, nachdem er die Anwesenden gebeten hatte, über den Vorgang Stillschweigen zu bewahren. Auf dem Postamt, wohin er sich darauf begab, machte Explorand einen angetrunkenen Eindruck.

Bei den gerichtlichen Vernehmungen äußerte sich Explorand dahin, daß er von dem Vorfall nichts wisse und machte geltend, daß er kopfkrank sei.

Die Frau des Exploranden gab an, daß ihr Mann ein starker Trinker sei. Vor 1½ Jahren habe er ein Kopftrauma erlitten, seitdem leide er an Schwindelanfällen. Wiederholt sei er umgefallen. Sein Gedächtnis sei bereits seit ca. acht Jahren schlecht. Nachts sei er oft unruhig, jederzeit leicht erregbar, in der Trunkenheit roh und gewalttätig.

Es wurde nachgewiesen, daß Explorand bereits vor der inkriminierten Handlung wegen Kopfverletzung, Schwindelanfällen und Gedächtnisschwäche in Behandlung war.

In der Charité zeigte Explorand bei den ersten Explorationen das *Gansersche* Symptom in sehr ausgesprochener Weise, z. B.: Wochentage und Monate werden mit Auslassungen und Verstellungen aufgesagt, ebenso wird gezählt. $10 - 3 = 6$, $5 + 5 = 9$, $3 + 2 = 4$. Finger werden falsch gezählt. Uhr und Thermometer falsch abgelesen. Benennung von Gegenständen meist falsch, z. B. Streichhölzer als Pillen, Taschentuch als Putzlappen, Hundertmarkschein als Bild. Wo sind Sie? — In Charlottenburg. Wo liegt Charlottenburg? — In Vorpommern. In welchem Erdteil? — Südafrika, da muß ich ja runter, ich bin schon bestellt. Wie heißt der Kaiser? — Kaiser Wilhelm, da soll ich doch hinkommen, ich warte jeden Augenblick auf Be-

scheid. Wieviel Beine hat ein Hund? — 5 Beine. Ein Pferd? — Auch 5. Ein Schutzmännchen? — 5. Eine Krähe? — Ich habe noch keine gesehen. Ein Sperling? — Der hat doch 4 Füße. Explorand weiß angeblich nicht, daß ein Verfahren gegen ihn eingeleitet ist. Spontan gibt er an, der Pascha habe ihn hierher gebracht, er habe eine runde Kappe aufgezogen. Über andere Dinge, insbesondere über persönliche Verhältnisse berichtet Patient in völlig geläufiger und sinngemäßer Art. Vor ca. einem Jahr habe er einen Schlag mit einem Brett auf den Kopf erhalten, seitdem sei er krank. Er habe nachts Erscheinungen, z. B. wilde Männer, Ratten usw. gesehen.

Die körperliche Untersuchung ergibt: 8 cm lange Narbe auf der Stirn, Adipositas, ulcus cruris, Druckempfindlichkeit des Kopfes, normale Reaktion der Pupillen, Herabsetzung des Konjunktivalreflexes, Unruhe der Zunge, Sprache bei Paradigmen ungeschickt, Sehnenreflexe lebhaft. Würgereflex lebhaft. Nadelstiche empfindet Explorand angeblich nicht. Auf unvermutete Nadelstiche erfolgt jedoch lebhaftes Zusammenfahren.

Es wird beobachtet, daß Explorand mit anderen Kranken sich völlig fließend unterhält und gern humoristische Geschichten erzählt. Bei den Explorationen tritt jederzeit wiederum das *Gansersche* Symptom hervor z. B. $2 + 2 = 5$, $2 \times 2 = 6$, $2 \times 5 = 8$. Eine Kuh hat 5 Beine. Ein Goldfisch hat 2 Beine. Finger dauernd falsch gezählt. Geld falsch benannt, Uhr falsch abgelesen.

Patient benimmt sich durchaus geordnet. Er macht den Eindruck eines erheblich dementen Alkoholisten. Nach sechswöchentlicher Beobachtung wird Patient entlassen. Das Gutachten wird dahin abgegeben, daß Patient zur Zeit der inkriminierten Handlung geisteskrank war.

Daß in Zuständen, in denen eine manische Verstimmung besteht, das Danebenreden gelegentlich ein völlig willkürliches und lediglich scherzhaftes sein kann, bedarf keiner Ausführung. In Fällen von *Dementia praecox* ist es, wie *Nissl* bereits ausgeführt hat, in derselben Weise wie die sonstigen negativistischen Eigentümlichkeiten der betreffenden Kranken zu beurteilen. Vielleicht steht das unmotivierte Danebenreden, das man gelegentlich bei eigensinnigen und störrischen Kindern beobachten kann, in enger Verwandtschaft mit den Äußerungen der Katatoniker. Damit sind die psychologischen Fragen, die sich an das *Gansersche* Symptom knüpfen, nur angedeutet. Erst durch eingehende psychologische Untersuchungen werden wir sichere Anhaltspunkte für die Beurteilung des Symptomes bei den verschiedenartigen Zuständen gewinnen.

Eine besondere diagnostische Bedeutung kommt dem *Ganserschen* Symptom nach unsern bisherigen Erfahrungen kaum zu. In nicht kriminellen Fällen hat es uns allerdings des öfteren bei

der ersten Untersuchung einen Anhaltspunkt für die Diagnose auf hysterische Geistesstörung geboten, diese wurde allerdings auch durch anderweitige Symptome genügend nahegelegt.

In kriminellen Fällen empfiehlt es sich sehr, bei der Prüfung auf das *Gansersche* Symptom hin Vorsicht walten zu lassen. Zweifellos besteht die Gefahr, daß man durch die betreffenden Fragen einen Exploranden in Versuchung führt und ihm eine Simulation oder Aggravation nahelegt, in anderen Fällen besteht die Möglichkeit, durch ein eifriges Fragen nach ganz einfachen Dingen bei dem Kranken eine unzweckmäßige Suggestion auszuüben. In beiden Fällen wird man dadurch den Symptomenkomplex verdunkeln und die Beurteilung desselben erschweren. Wir haben daher in der letzten Zeit davon Abstand genommen, kriminelle Kranke mit Fragen, wie nach der Anzahl ihrer Finger oder Beine zu behelligen und es vorgezogen im Sinne des *Ganserschen* Symptomes gegebene Antworten möglichst wenig zu beachten, nachdem wir die Erfahrung gemacht haben, daß das *Gansersche* Symptom bei Untersuchungsgefangenen um so häufiger und ausgesprochener in die Erscheinung tritt, je intensiver man nach demselben forscht. —

Über familiäres Auftreten der progressiven Paralyse.¹⁾

Von

Dr. Alexander Marc, Stabsarzt im königlich bayerischen 7. Infanterie-Regiment
z. Z. kommandiert zur Klinik.

Die meisten Autoren vertreten die Ansicht, daß die progressive Paralyse eine Erkrankung exogenen Charakters sei, und erkennen in der Syphilis deren häufigste, wenn nicht einzige Ursache. Als weitere ätiologische Momente gelten Trunksucht, Exzesse aller Art, Überanstrengung, Verletzungen und Vergiftungen. Der erblichen Anlage wurde bei der progressiven Paralyse eine nicht so erhebliche Rolle zugeschrieben, wie bei den anderen Geisteskrankheiten endogenen Charakters, doch erkannten viele Autoren, welche die Syphilis als Hauptmoment hervorheben, daneben eine gewisse ererbte Disposition an.

Die Syphilistheorie findet ihren eifrigsten Verfechter in *Hirschl* (1), welcher die progressive Paralyse einheitlich durch Syphilis bedingt ansieht und zu dem Schlusse kommt, daß man die progressive Paralyse auch Periencephalitis und Encephalitis syphilitica nennen könne. Er hält jedoch außer Syphilis noch familiäre Disposition zum Ausbruch der Paralyse für nötig. *Kjellberg* (2) und *Möbius* (3) sind der Ansicht, es erkrankte niemand an Paralyse, der nicht vorher syphilitisch gewesen sei. Ebenso lassen *Krafft-Ebing* (4), *Kröpelin* (5) und *Mendel* (6) die Syphilis die bedeutendste Rolle in der Ätiologie der progressiven Paralyse spielen. *Rieger* (7) kam in den achtziger Jahren des verfloßenen Jahrhunderts durch vergleichende Untersuchungen von 11 größeren

¹⁾ Aus der königlichen psychiatrischen Klinik in Würzburg (Prof. *Rieger*).

Statistiken zu dem Schlusse, daß ungefähr 40% aller Paralytiker vorher syphilitisch infiziert waren und daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse bestehe.

Ein näheres Eingehen auf die Syphilisätiologie der progressiven Paralyse würde den Rahmen vorliegender Abhandlung überschreiten, und verweise ich deshalb auf die diesbezügliche umfangreiche Literatur, welche in der Arbeit von *Sprengeler* (8) größtenteils angegeben ist; vgl. ferner *Raecke*, Psych. Neurol. Wochenschrift 1904 Nr. 43.

Gibt man nun auch zu, daß die Syphilis nicht ohne Bedeutung ist für eine später entstehende progressive Paralyse, so kann sie doch keineswegs die einzige Ursache der Paralyse sein. Wie Herr Professor *Rieger* schon seit Jahren in den klinischen Vorlesungen betont, findet man eine ganze Anzahl von Paralysen, bei denen die Syphilis nicht bloß nicht nachweisbar, sondern sogar positiv auszuschließen ist. Fast alle Statistiken über die Entstehung der Paralyse bringen derartige ätiologisch dunkle Fälle. Andererseits gibt es Syphilitische, die zwar geisteskrank sind (Circuläre Psychosen, Paranoiker usw.), aber — auf Jahrzehnte hinaus beobachtet und kontrolliert — niemals Paralyse bekommen. Da ferner andere äußere Schädlichkeiten (Kopftrauma, Alkohol, Erschöpfung usw.) ätiologisch für Paralyse wohl kaum in Betracht kommen, ist man naturgemäß dahin gelangt, der Heredität wieder größere Aufmerksamkeit zu schenken. Derartige Überlegungen mögen der Grund sein, daß sich in neuerer Zeit die Stimmen mehren, welche den endogenen Charakter der progressiven Paralyse mehr hervorheben. So z. B. hält *Näcke* (9) die erbliche Belastung und Syphilis für wichtige Faktoren bei der Entstehung der progressiven Paralyse, die Hauptsache sei jedoch eine meist angeborene, nicht näher bekannte, besondere, verschieden stark ausgeprägte Gehirnkonstitution, ein meist invalides Gehirn, welches *Näcke* in der Mehrzahl der Fälle als *conditio sine qua non* erscheint. Nur auf diesem Boden könne im allgemeinen Syphilis einwirken und endlich durch Hinzutreten von meist mehreren Ursachen als Gelegenheitsursachen die Paralyse entstehen. Diese Theorie des invaliden Gehirns stützt *Näcke* damit, daß er bei Paralytikern die Zahl der somatischen Degenerationszeichen im

allgemeinen nur mäßig vergrößert, dafür aber im einzelnen weiter verbreitert und, was ihm am wichtigsten schien, die selteneren Stigmata wesentlich zahlreicher fand. Hieraus folgert er, daß bei Paralytikern in ähnlicher Weise, wie die anderen Organe vielfach ausgeprägte Degenerationszeichen aufweisen, auch das Gehirn degeneriert sei. Hierbei betont er jedoch, daß dieses „invalides Gehirn“ keineswegs als minderwertig im Sinne einer geringeren Leistungsfähigkeit zu sein brauche, was die große Anzahl von Paralytikern bewiesen, die vor Ausbruch der Erkrankung tüchtiges in ihrem Berufe leisteten, sondern, daß das invalide Gehirn weniger widerstandsfähig gegenüber den schädigenden exogenen Einflüssen sei, deren ätiologischen Einfluß in der Entstehung der Paralyse *Nücke* ja anerkennt.

Auch *Cristiani* (10) vertritt auf Grund der Degenerationszeichen die Theorie des invaliden Gehirns im Sinne *Näckes*.¹⁾

Scholtens (11) sammelte Material über 137 Kinder von 23 Paralytikern und fand, daß nervöse Störungen bei 36% vorkamen gegenüber 26% bei Kindern von gesunden Eltern. Er kam zum Schluß, daß die progressive Paralyse eine Erkrankung darstelle, bei der das Nervensystem durch und durch erkrankt sei, weshalb sich auch wohl annehmen lasse, daß sie auch einen verderblichen Einfluß auf das Keimplasma ausüben könne; hiedurch könnten Kinder, deren Konzeption bei schon bestehender Paralyse der Eltern stattfand, nachteilig beeinflusst werden.

Fuhrmann (12) sucht in neuester Zeit die progressive Paralyse als Destruktionsprozeß endogener Natur zu erklären und zwar durch die bei Paralyse ziemlich häufig nachweisbare erbliche Belastung, durch das Auftreten komplizierter Wahnideen und -systeme, wie sie sonst nur der Paranoia eigen seien, über deren endogene Entstehung niemand im Zweifel sei, und endlich durch das häufige Auftreten von Neurosen und Psychosen bei den Deszendenten von Paralytikern.

¹⁾ Daß man von morphologischen Kuriositäten nicht auf abnorme Gehirnbeschaffenheit, bezw. Geistestätigkeit schließen darf, sei hier nur nebenbei hervorgehoben. Ein näheres Eingehen auf diese Frage würde zu weit führen. Vergl. auch *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten 2. Auflage, Seite 72 ff.

Die meisten Autoren, welche die Erbllichkeit als wesentlichen Faktor für die Entstehung der progressiven Paralyse anerkennen, sind der Ansicht, daß die direkte Vererbung der Paralyse selten sei, daß vielmehr die Paralytiker nur die Disposition hierzu ererben und noch mancherlei andere schädigende Ursachen hinzutreten müßten, um die Paralyse auszulösen.

Mariani (13) hält die *Prédisposition héréditaire* für den nötigen Faktor, die übrigen Ursachen nur als Gelegenheitsursachen; ebenso *Féré* (14): „En résumé l'hérédité névropathique est encore ici le facteur aetiological préponderant“.

Luis (15) fand, daß Kinder der Paralytiker in der Mehrzahl der Fälle unregelmäßig in ihrer Entwicklung, sowohl in bezug auf ihren Körper als auch auf ihren Geist seien. Auch behauptet er, daß in den meisten Fällen auch die Geschwister von Paralytikern besondere Eigentümlichkeiten in ihrem Leben und Wesen zeigten, und kommt zum Schluß, daß die progressive Paralyse nicht eine Krankheit von außen kommend, sondern nur das letzte Glied einer langen Kette von Vorbereitungen — also endogenen Ursprungs — sei.

Nach *Toulouse* (16) erlangen die Keimzellen infolge von Intoxikationen und anderen Fehlern der Erzeuger schon vor der Geburt minderwertige biologische Eigenschaften, die später zu mangelhafter und schwächerer Anlage des Nervensystems der Nachkommenschaft führen können und damit größere Prädisposition gegenüber mannigfachen Gelegenheitsursachen schaffen.

Nach *Ball* (17) zeigen die Familien der Paralytiker im allgemeinen charakteristische Züge und unterscheiden sich in vielfacher Beziehung in ihrer Totalität von der übrigen Bevölkerung, in der sie leben.

Direkte Vererbung der Paralyse scheint selten zu sein und man findet in der Literatur wenig derartige Fälle beschrieben. *Amélien* (18) konnte dieselbe unter 238 Fällen 6 mal feststellen; *Kräpelin* (19) fand bei einem Paralytiker auch dessen Vater und Großvater paralytisch. Etwas häufiger tritt die Vererbung bei jugendlicher Paralyse auf.

In der diesbezüglichen Literatur fand ich u. a. nachstehende bemerkenswerte Fälle:

Major (20), *Rey* (21) und *Turnbull* (22) beschrieben je einen Fall von Paralyse bei Vater und Sohn. Bei den übrigen von *Oskar Müller* (23), *Dees* (24), *August Koch* (25), *Gianelli* (26), *Homén* (27) und *Westphal* (28) veröffentlichten Fällen von Familien-erkrankungen ist die Mitwirkung von Lues in so hohem Grade wahrscheinlich, daß sie den rein vererbten Fällen wohl nicht zugezählt werden können.

Unter den Paralysen, welche in der hiesigen Klinik zur Beobachtung kamen, dürften nachstehend gebrachte Fälle von besonderem Interesse sein, da sie für die Möglichkeit einer rein endogenen Entstehung der Paralyse sprechen.

Langer, Georg, geb. am 26. Januar 1838 in Osthausen, wurde am 30. November 1878 auf die Irrenabteilung des Juliusspitals gebracht, nachdem er in der hiesigen Frohnfeste wegen Brandstiftung in der Scheune seines Schwagers seit 16. November 1878 in Untersuchungshaft sitzend, daselbst nach gerichtsarztlichem Zeugnis sich aufgereggt und höchst eigensinnig gezeigt hatte. „Dabei von kindischer Albernheit, großer Geschwätzigkeit, äußerst beschränktem Vorstellungskreis.“ Viele Zeugen hatten geäußert, daß es mit ihm nicht „richtig im Kopf“ sei.

Der Vaters-Vater des Patienten starb im tiefsten Blödsinn im Armenhaus. Er wurde, wie ein Bericht sich ausdrückt, in einem Zimmer gefangen gehalten, „konnte infolge von Zittern und Zuckungen weder Speise noch Trank zu sich nehmen, noch sonst einen Dienst erweisen“.

Des Vaters-Vaters Bruder soll sich in ähnlichem Zustande jahrelang bis zum Tod befunden haben.

Über den Vater des Patienten wird berichtet: „Er starb schon mit 36 Jahren, weshalb die Krankheit der Familie, die mit Zittern und Zuckungen beginnt und sich zu völliger Geistesverwirrung und Blödsinn auswächst, bei ihm nicht völlig zum Ausbruch kam, da dieselbe, wie man sagt, in der Regel erst in den vierziger Jahren beginnt“, doch scheint nach den Angaben der Schwiegertochter (der Frau des Georg Langer) es in den letzten Lebensjahren mit ihm auch nicht mehr ganz in Ordnung gewesen zu sein.

Ein Bruder und eine Schwester des Vaters starben in dem geschilderten Zustand und ein Sohn der letzteren „soll auch mit demselben Leiden behaftet sein“.

Nach der Aussage der Frau des Patienten ist eine Schwester von ihm seit einigen Jahren (1878) an der rechten Hand lahm, hat keine Sprache mehr, lallt, ist dabei „grob und garstig“.

Von seiten der Mutter ist keine hereditäre Belastung nachweisbar.

Als Kind soll sich Patient durch seltene Roheit ausgezeichnet haben. Er bekam schon im 11. Lebensjahr 3 Tage Polizeiarrest wegen Mißhandlung.

Nach seinem Leumundszeugnis war er von jeher jähzornig und rachsüchtig, hat Frau, Kinder und Dienstboten häufig schwer mißhandelt.

Patient heiratete mit 21 Jahren. Die Ehefrau war und blieb völlig gesund. Von 10 Kindern starben 7 in jungen Jahren, 3 blieben am Leben und sind gesund (1878); einmal abortierte die Frau im 5. Monat. Schwerere Krankheiten hat Patient nicht durchgemacht. Lues und Potus werden negiert. In der Ehe war er anfangs gut gegen seine Frau, bald fing er auch sie zu mißhandeln an, seine Brutalität wurde zu Hause immer schlimmer. Die Familie mußte immer im Verteidigungszustand vor ihm leben, die Frau sich gegen ihn abschließen, da er beständig dachte sie umzubringen und der Drohung durch Beisichführen scharfer Waffen Nachdruck gab.

Vor 8—9 Jahren soll er Anfälle gehabt haben, in denen er schwindlig geworden sein und das Bewußtsein verloren haben soll; einige Zeit nachher sei er im Kopf verwirrt und schwach in den Gliedern geblieben. Seit einem Jahr arbeitete Patient nichts mehr, ließ keinen Menschen in Ruhe, griff die Leute auf der Straße an. Gleichzeitig wurde er bedeutend schwächer, „es fällt ihm alles aus den Händen, jede Arbeit verdirbt er, läuft tagelang herum, ohne die Hand zur Arbeit zu rühren“.

Das ihm von seiner Gemeinde ausgestellte Leumundszeugnis besagt nach Erwähnung der eigentümlichen Familienkrankheit: „Es unterliegt keinem Zweifel, daß auch bei ihm jenes Leiden im Anzug ist; das beweist sein schwankender Gang, seine unruhige, unsichere Haltung und sein ganzes unstätes Wesen. Langers leidenschaftlicher Charakter, sein Zorn, sein Haß und seine Rachsucht mögen einerseits aus jenem körperlichen Bache genährt werden, andererseits aber auch zum früheren und heftigeren Ausbruch seines Leidens führen.“

Der Verschlimmerung der letzten Jahre entsprechend gestaltete sich auch seine 26 Bestrafungen aufweisende Strafliste. Besonders voriges und dieses Jahr fällt eine Vermehrung der Bestrafungen auf, wobei bemerkenswert ist, daß die früheren Strafen brutale Vergehen bestrafen mit 3 Wochen Gefängnis wegen Mißhandlung und Bedrohung, während gerade die allerletzte Zeit immerwiederkehrende Geldstrafen wegen Übertretungen, Auslaufenlassen von Mistjauche usf. in kurzen Zwischenräumen aufweisen. Wegen Schuldenmachens war er vor einigen Wochen unter Kuratel gestellt worden und bestanden damals schon Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit. Wegen dieser Stellung unter Kuratel hatte er einen Haß auf seinen Schwager gefaßt, dessen Scheune angezündet zu haben er nun angeklagt ist. Am Tage des Brandes, abends 7 Uhr, fiel verschiedenen Einwohnern des Städtchens Aub, wo er am Nachmittag war, sein sonderbares Wesen auf. So kam er zur Frau eines Handwerkers und verlangte Wasser, um sich die Hände zu waschen. Nachdem er sich gewaschen und abgetrocknet hatte, verlangte er nochmals eine Waschschüssel und wusch sich nochmals. Dabei fiel der Frau namentlich auf, daß er sich ganz ungeniert bis auf Hose und Hemd vor ihr entkleidete; „er sprach übrigens“, fährt die Frau fort, „ganz

vernünftig und habe ich keine Spur von Geistesstörung bei ihm wahrgenommen“. In dem Laden, wo er Streichhölzer kaufte, stellte er ebenfalls das sonderbare Verlangen nach Wasser, um seine Hände zu waschen. Der betreffenden Zeugin fiel der sonderbare Blick des Mannes auf, sie dachte: „in seinem Kopf sei es nicht sauber“. Die Reden, die er damals führte, waren übrigens nicht unvernünftig. „Dadurch“, schließt die Zeugin. „wurde ich wieder von meiner Meinung über seinen Geisteszustand abgebracht.“ Als abends der Brand ausbrach, fiel der Verdacht bald auf ihn, zumal da sich herausstellte, daß er kurz zuvor in der Nähe der Brandstätte gesehen worden war. Er hatte verschiedenen Personen, so auch seinem Schwager, häufig gedroht, er brenne ihnen die Häuser herunter. Im Verhör stellte er sich höchst albern und wiederholte beständig: „Es hat mich kein Mensch gesehen, darum habe ich es auch nicht getan; wenn ein Zeuge da ist, der mich gesehen hat, so bin ich überwiesen.“ Seinen Namen schrieb er unter das Protokoll unter Weglassung des „e“ im Vornamen und statt „Langer“ einfach „Lang“, während er 8 Tage darauf einen zwar von orthographischen Fehlern wimmelnden, aber zusammenhängenden und Sinn besitzenden Brief ohne Schreibstörungen aus der hiesigen Frohnfeste an einen Bekannten richtete, in dem nur die Stelle: „Geh' zu meinem Schwager und sage, er solle mich doch wieder freigeben“, von großer Urteilslosigkeit zeugt.

Bei der Aufnahme im Juliuspsital ergab sich folgender Befund: Patient ist 164 cm groß, kräftig gebaut, das bartlose Gesicht zeigt deutliche Ungleichheit seiner Hälften, indem der Mund etwas nach links verzogen ist. Am Körper vielfache Narben, welche, abgesehen von einigen traumatischen Ursprungs, von früheren Furunkeln herrühren. Keine Innervationsstörung. Über Abnahme der Sehschärfe läßt sich nichts feststellen. Pupillen gleich. reagieren normal; der linke Patellarreflex fehlt. Zeichen überstandener Syphilis sind nicht nachzuweisen. Zum Lesen ist Patient nicht zu bewegen, beim Schreiben seines Namens läßt er einzelne Buchstaben aus. Die plumpe Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht, ihre Bewegungen sind sehr schwerfällig; die Sprache, auch im Affekt, ohne deutliche Artikulationsstörungen, macht doch einen bald mehr, bald weniger hervortretenden Eindruck von Schwerfälligkeit.

Am 15. Januar 1879 kam Georg Langer nach Werneck und starb dort am 10. Januar 1884. Aus der dortigen Krankengeschichte ist nachstehendes zu erwähnen:

Januar 1879: Aggressiv, schimpft, will hinaus, ist zu keiner Beschäftigung zu gebrauchen. Zunge weicht deutlich nach links ab.

September 1879: Kann zum Kehrrichtfahren gebraucht werden, macht hierbei Fluchtversuche.

1. Oktober 1879: Wurde beim Abendessen ohnmächtig, blau im Gesicht (angeblich verschluckt).

Februar 1880: Ist im ganzen ruhiger geworden, überhäuft jedoch zuweilen in rohem Tone Pfleger, Geistliche und Ärzte mit ordinären

Schimpfreden; Gang breitspurig; Haltung schlaff; Bewegungen plump, ungelenk.

April 1880: Wird regelmäßig beschäftigt (Holztragen), ist weniger brutal. Sobald man mit ihm ein Gespräch beginnt, kommt er stets mit stereotypen Worten darauf zurück, daß er ein reicher Bauer sei, daß die Frau sein Gut, das 30 000 fl. wert sei, herunterkommen lasse.

Juli 1880: Indolent, träge, hält sich gerne im Abtritt auf, wo er in gestreckter Länge auf dem geräumigen Sitze liegt; körperlich gesund.

Dezember 1880: ungelenk, schwachsinnig, ungefü.

Oktober 1881: Sehr dick, ungelenk, schwachsinnig; die Bewegungen werden immer mehr unwillkürlich, ataktisch; sucht sich jeder Tätigkeit zu entziehen, sitzt mit besonderer Vorliebe im Abtritt; zertrümmert eine Reihe Fensterscheiben, stellt nachher die Tatsache plump in Abrede.

Februar 1882: Schwerfällige, schlecht koordinierte Bewegungen. Patient treibt sich untätig umher, wiederholt häufig mit schwerfälliger Zunge und unter eindringlichen Gesten seine Wünsche um Zigarren und dergleichen, klagt mit vollen Backen, er müsse Hunger leiden, zieht gerne 2 bis 3 Westen an, läßt nicht selten den Urin in Fensternischen, zerschlägt ohne Ursache das und jenes. Den 16jährigen Sohn hält er für seinen Schwager.

September 1882: Ungut, träg, schwerfällig, tückisch; schlug wiederholt heimlich Fenster ein, warf Zylinder von der Lampe, zerriß auch vielfach seine Kleider.

Mai 1883: Der äußerst ungelenke und auf ebenem Boden choreaartig strauchelnde Patient hat am linken Ohr eine Ohrgeschwulst, deren manuelle Veranlassung nicht nachgewiesen werden konnte.

August und September 1883: Träge, plump, in allen Bewegungen schwerfällig; nachlässige, vornübergebeugte Haltung, blöd glotzende Augen; wenig reinlich, läßt den Speichel häufig aus dem Munde fließen; spricht selten und mit schwerer Zunge; arbeitet nur bisweilen.

November 1883: Ohne Änderung, spricht nichts.

5. Januar 1884: Hinfällig, Durchfall; Husten, Dämpfung L. H. U.

10. Januar 1884: Tod abends 8 Uhr.

Todesursache: Lungenbrand durch verschiedene Fremdkörper, Perforationspleuritis.

Der in der Sammlung der Klinik befindliche Schädel ist symmetrisch und, obwohl nicht über mittelgroß, ohne Unterkiefer 867 g schwer — einer der schwersten der Sammlung. Der Unterkiefer allein wiegt 135 g. Dicke der Schädeldecke: 6—12 mm; Nähte sämtlich verknöchert: Schädelinhalt: 1300 ccm.

Langer, Martin. aus Ochsenfurt, Sohn des vorg. Georg Langer, geboren am 25. September 1865, wurde das erste Mal aufgenommen in die Klinik am 10. Juni 1895. Aus seiner Krankengeschichte ist nachstehendes zu entnehmen:

Zwei Schwestern leben und sind verheiratet. Weder bei

bei ihren Kindern läßt sich bis jetzt etwas konstatieren, was als Ausdruck der Langerschen Familienkrankheit aufzufassen wäre. Aus der Familie der Mutter des Martin Langer konnte eine erbliche Belastung nicht festgestellt werden.

Patient war von seinem 20. bis 28. Lebensjahre als Metzger in Amerika und brachte als Erspartes 300 Dollar wieder nach Hause zurück (August 1894), die er aber alsbald in München und Augsburg verjubelte. Nachdem er hierauf kurze Zeit als Hausknecht in Stellung war, blieb er bis Mai 1895 bei seiner Mutter in Ochsenfurt. Im Mai 1895 versuchte er Wärter in Werneck zu werden, mußte aber nach drei Wochen dort wieder entlassen werden. Im Entlassungszeugnis wurde bemerkt, daß er infolge sehr beschränkten Auffassungsvermögens und großer Gedächtnisschwäche sich wenig anstellig zeigte. „Er sprach nur wenig und starrte oft längere Zeit gedankenlos vor sich hin; rief man ihn an, so erfolgten choreatische Bewegungen der Hände und Finger.“ Am 24. Mai kam er in ganz elendem Zustand zu seiner Mutter zurück, wurde auch sehr aufgeregt und deshalb am 10. Juni in die Klinik gebracht.

Befund bei der Aufnahme: Sehr kräftig und in gutem Ernährungszustand; Pupillenreaktion und Patellarreflexe normal; Lues nicht nachzuweisen; für gewöhnlich keine Bewegungsstörungen; zu anderen Malen starkes Zittern, besonders im Kopf und eine geradezu als Ataxie zu nennende Unsicherheit in den Beinen. (Auch in der Krankengeschichte des Vaters ist hervorgehoben, daß die Familienkrankheit immer mit Zitteranfällen begonnen habe.) Nur ein Symptom zeigt sich bei genauer Untersuchung auch bei Wiederholungen konstant: daß er nämlich auf dem rechten Bein nicht ruhig stehen und noch weniger auf ihm hüpfen kann. Auf dem linken geht es noch besser, doch bekommt man den Eindruck, daß auch auf diesem Bein eine früher wohl zweifellos vorhanden gewesene Gewandtheit in Verlust geraten ist. Kraft und Bewegungen sonst noch gut und sicher, ebenso die sprachlichen Äußerungen. Patient klagt, er habe besonders in den Händen das frühere Geschick verloren, bei Schriftproben läßt sich davon jedoch noch kaum etwas entdecken. Gesicht asymmetrisch, wie beim Vater. In psychischer Hinsicht kann von ausgeprägter Demenz noch keine Rede sein: im Rechnen zeigt er jedoch Defekte, die nicht auf bloße Unbildung, sondern auf krankhafte Ursachen zurückgeführt werden müssen. Jedenfalls ist in dieser Richtung sein Verhalten viel weniger auffallend als in der seines ganzen Betragens und Benehmens. Er ist nämlich für gewöhnlich ruhig und gelassen, hat aber Zeiten, in denen er unerträglich ist. Er erinnert dann sehr an die brutalen Wutausbrüche seines Vaters vom Jahre 1878. Eine wahre Wut, bei seiner Mutter zu Hause alles zu zerschlagen, hatte er schon vor seiner ersten Aufnahme. Hierbei war deutlich zu erkennen, daß die Kombination von psychischen und motorischen Symptomen, die zu der Langerschen Familienkrankheit gehört, auch bei ihm sich eingestellt hat.

Während seines ersten Aufenthaltes in der Klinik, vom 10. Juni bis 8. August 1895, war Patient oft stärker ataktisch, sodaß er auch häufig hinfiel; psychisch ziemlich ruhig. Da Anstaltsaufenthalt vorläufig nicht nötig erscheint, probeweise zu seiner Mutter entlassen.

Zweiter Aufenthalt: 24. bis 28. August 1895. Die Mutter brachte ihn wieder, mit Klagen über sein brutales Benehmen zu Hause; auch in der Klinik benimmt er sich diesmal widerspenstig und mußte auf sein Drängen wieder entlassen werden, da er vorläufig nur auf privatem Wege aufgenommen worden war.

Dritter Aufenthalt: 31. August bis 23. Dezember 1895. Diesmal wurde Patient unter Mitwirkung des Bezirksamtes in die Klinik gebracht. Während dieser vier Monate war er meistens gut zu ertragen und nur zeitweise kamen Ausbrüche seines brutalen Benehmens. Vor Weihnachten drängte er sehr nach Hause und wurde ihm die probeweise Entlassung gewährt. Schon am 5. Januar 1896 brachte ihn die Mutter aber wieder zur

vierten Aufnahme, da er starke Drohungen gegen sie ausgestoßen habe und sie sich sehr vor ihm fürchte. Anfangs ging es diesmal ziemlich gut. Da Patient jedoch Ende Januar erneut widerspenstig wurde und auch nicht mehr länger im Genuß eines Freiplatzes bleiben konnte, wurde er am 12. Februar 1896 nach Werneck überführt. Über seinen dortigen Aufenthalt ist nachstehendes bemerkenswert.

1896. Patient ist bis Ende September fleißig, ruhig und zufrieden; drängt öfters hinaus, läßt sich aber meist leicht beschwichtigen; nur einmal äußerte er (26. Juli), er wolle seinem Leben ein Ende machen, wenn er nicht aus der Anstalt hinauskomme. Im Laufe des Sommers wurde er mitunter recht reizbar und aufbrausend. Seit Oktober drückt er sich gerne von der Arbeit, neckt oft die anderen, ohne selbst einen Spaß zu vertragen und gibt fast täglich Veranlassung zu Zank und Streit.

1897. Unverträglich, arbeitsscheu, will stets berücksichtigt sein; berührt in schwachsinniger Weise die Entlassungsfrage, läßt sich aber leicht vertragen. Am 22. März brutal gegen einen Mitkranken, der sich wehrt und ihm einige Ohrfeigen versetzt. Langer bleibt regungslos im Bette, gibt keine Antwort, ißt nichts, hat beschleunigten Puls, der kaum fühlbar ist. Dem Versuche die Augendeckel zu öffnen, setzt er Widerstand entgegen, sieht etwas kongestioniert aus, hält sich rein. Liegt auch am folgenden Tage regungslos da, ißt nichts, hebt aber vorsichtig die Augenlider und beobachtet die Vorgänge um ihn her. Er steht am 24. März auf und wird gereizt und grob, als man ihm die verlangte Krankenkost verweigert. Nach einigen Tagen arbeitet er wieder ziemlich fleißig, ist oft unbotmäßig, grob, sieht kongestioniert aus.

Mai: Pupillendifferenz zugunsten der rechten Seite.

Juni: Wird eines Abends im Bett unruhig, richtet sich auf, schimpft und sagt u. a. „Ich kriege dich schon, du alte Pritsche.“

Oktober: Prügelt einen harmlosen, schwächlichen Kranken, weil dieser abends etwas laut war.

1898: Unverändert; ist gehässig gegen einzelne Pfleger; zieht sich wiederholt im Schlafsaal nackt aus und betrachtet sich am ganzen Körper. Schlägt gerne schwächliche Kranke; im Herbst völlig untätig; schimpft, als ihm auf dem Anstaltsballe das Bierglas nicht voll genug eingeschenkt wurde. und bemerkt, man solle keinen Ball halten, wenn man die Leute „nicht saufen“ lassen wolle. Er schüttet hierauf im Schlafsaal dem Pfleger ein neugestärktes Hemd voll Wasser.

1899: Arbeitet nichts, körperlich wohl; verhetzt andere Kranke; schwach-sinniges brutales Benehmen gegen solche, die ihm an Körperkraft nachstehen. Patient greift gelegentlich einen anderen Kranken an, weil er nicht leiden will, daß dieser seinen Bart kämmt; betrinkt sich gelegentlich des Kirchweihballes, wird nachts unrein und schmiert mit Kot.

1900: Unverändert; arbeitet hier und da.

1901: Beschäftigt sich gar nicht mehr, teils aus Mangel an gutem Willen, teils ist es ihm physisch nicht möglich; es fällt die Unsicherheit der Hände und des Ganges auf. Patient ist heimtückisch, boshaft; schimpft über die Verhältnisse der Anstalt und über alles Personal.

Juli: Schwankt bei offenen Augen, taumelt, verdreht die Augen.

November: Führt fast beständig unwillkürliche, zwecklose Bewegungen aus, die sich steigern, wenn er angeredet wird; verlangt nach Hause, kann nicht angeben, ob seine Eltern noch leben.

1902: Wird unruhig, wenn er angesprochen wird, schnauft schwer. verweigert jede Auskunft, fängt in idiotischer Weise an seine Kleider zu zerreißen; bleibt von der Arbeit weg, führt mit dem Kopfe wiegende Bewegungen aus; jagt unruhige Kranke wiederholt zum Saale hinaus.

Oktober: Auffallend schleppender Gang, verliert das Gleichgewicht, schlägt wiederholt hin; ataktische Bewegungen der Extremitäten; fast reaktionslose myotische Pupillen. Patient schreit während der Untersuchung plötzlich laut auf: „Das ist ja eine Lüge, tut nur die Leute nicht so verdammen, ein Hund wird nicht so schlecht behandelt, wie es mir geht.“ Skandierende Sprache, schwankt stark beim Stehen mit geschlossenen Augen.

1903. Januar: Fühlt sich gegenwärtig wieder „ausgezeichnet wohl“; weiß genau, daß ihn der Direktor für ganz gesund erklärt habe und will fort.

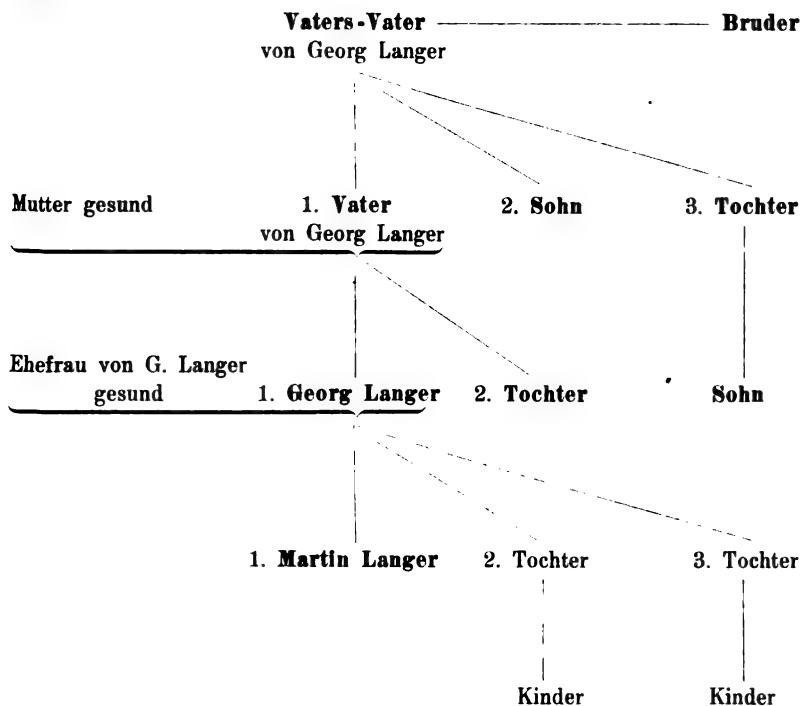
Juli: Wiegt beständig, während man mit ihm spricht, mit dem Kopf auf dem stark vornüber gebeugten Rumpf.

Oktober: Sehr jähzornig, wendet sich ab, wenn er angesprochen wird und meint, er brauche keinen Arzt.

1904. Februar. Zunehmende Unsicherheit beim Gehen; stürzt zuweilen hin.

März: Beißt und kratzt, wenn ihn Kranke nur streifen; sträubt sich gegen jede Untersuchung; linker Patellarreflex vielleicht etwas gesteigert; Pupillen wieder gleich weit, scheinen auf Lichteinfall noch zu reagieren. Führt rotierende Bewegungen des Kopfes aus, balanciert beim Gehen und Stehen.

Der Stammbaum der Familie Langer¹⁾ gestaltet sich demnach so:



In dieser Familie Langer ist durch 4 Generationen hindurch und zwar vorwiegend bei den männlichen Mitgliedern eine Geisteskrankheit gehäuft aufgetreten, die sich dadurch auszeichnete, daß sie die früher anscheinend gesunden Individuen in den mittleren Lebensjahren befiel, mit psychischen (starker Blödsinn) und körperlichen (Zittern, Zuckungen, Sprach- und Gehstörungen) Symptomen einherging, progredient verlief und nach kürzerer oder längerer Zeit zum Tode führte.

Wenn auch nur zwei dieser Kranken in klinischer Beobachtung waren, so gestatten doch die klaren Angaben der Anamnese zwanglos die Annahme, daß auch die anderen Kranken an der

¹⁾ Die Namen der paralytisch erkrankten Familienmitglieder der gebrachten Stammbäume sind fett gedruckt.

gleichen Krankheit gelitten haben. Bei den beiden klinisch beobachteten Fällen wurden folgende Symptome aufgezeichnet:

I. Georg Langer: im 32. Lebensjahre paralytische (?) Anfälle; in den folgenden Jahren sowohl Ataxie, einseitiges Fehlen des Patellarreflexes und körperliche Schwäche usw., als auch Charakteränderung, Nachlassen des Verstandes, Kritiklosigkeit, Verarmung an Vorstellung, späterhin demente Größenideen, mehr hervortretende ataktische Störungen; Othämatom; ferner offenbar zunehmende Sprach- und Schluckstörungen. Tod im 46. Lebensjahre.

II. Martin Langer: Erste Zeichen der Krankheit (Gedächtnisschwäche) im 30. Lebensjahre. Weiterhin traten die motorischen Störungen (Zittern, Ataxie) in den Vordergrund, später Pupillendifferenz und träge Reaktion derselben, zunehmende Demenz, vorübergehende kritiklose Euphorie usw.

Das exquisit familiäre Auftreten der Psychose hat zugeständenermaßen viel Ähnlichkeit mit der *Huntingtonschen* Chorea, doch dürften außer dem Fehlen der typischen choreatischen Bewegungen die erwähnten Pupillen- und Patellarreflexanomalien gegen die Annahme der degenerativen Chorea und für Paralyse sprechen. Auch die teilweise lange Dauer der Krankheit ist kein Grund gegen die Annahme der Paralyse; bei der Taboparalyse z. B. ist eine Dauer von 7, 10 und noch mehr Jahren nicht selten. Vielleicht nimmt die hereditär und familiär auftretende Paralyse, ebenso wie die Taboparalyse, eine gewisse klinische Sonderstellung unter den verschiedenen Formen der Paralyse ein. Von hohem Interesse würde die anatomische Untersuchung des Zentralnervensystems, speziell des Rückenmarkes, bei einem derartigen Fall von familiärer Paralyse sein; tabische Hinterstrang- oder kombinierte Seitenhinterstrangerkrankung würden die Zugehörigkeit dieser Fälle zur Paralyse besonders klar dartun.

Aber auch ohne diesen anatomischen Beweis erscheint die Diagnose auf progressive Paralyse aus den klinischen Erscheinungen gesichert. Von größter Wichtigkeit ist, daß die Paralyse hier als Familienkrankheit hereditär auftritt, die in 4 Generationen 9 Mitglieder befällt. Diese erkrankten Personen waren früher körperlich durchaus rüstig und intelligent, wenn

auch bei einigen Spuren angeborener psychischer Degeneration (Georg Langer — Roheit, Brutalität) sich finden. Äußere ätiologische Momente spielen hier gar keine Rolle; speziell gegen hereditäre oder acquirierte Lues, die in Frage kommen könnte, spricht der Mangel eines anamnesticen und objektiven Nachweises bei Georg und Martin Langer.

Durch Absterben der geisteskranken Individuen hat sich die Familie wieder regeneriert; in der jüngsten Generation ist offenbar kein geisteskrankes Familienmitglied mehr vorhanden.

Wenn auch ein derartig gehäuftes Auftreten der Paralyse in einer Familie zu den größten Seltenheiten gehört, so sind doch Fälle, in denen eine geringere Anzahl Familienmitglieder an Paralyse erkranken, nicht ganz so selten, wie folgende Krankengeschichten lehren:

Eckert Anna, geb. Bott, Gipsformersfrau, 44 Jahre alt, aufgenommen wegen progressiver Paralyse am 22. September 1892; gestorben am 30. September 1892.

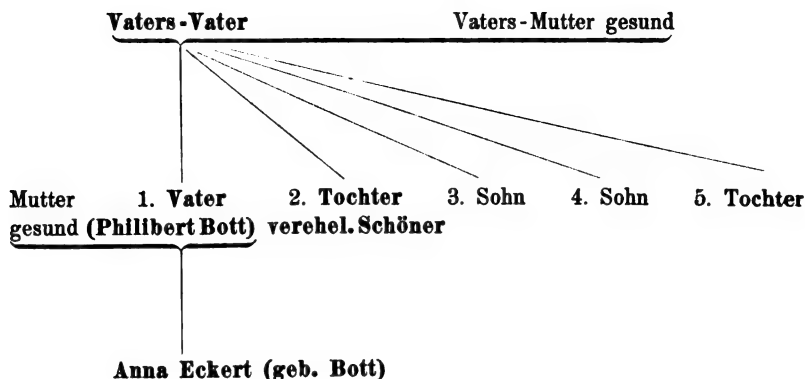
Der Vaters-Vater starb, 33 Jahre alt, an den Folgen eines paralytischen Anfalls, nachdem die Paralyse bei ihm schon seit 2 Jahren manifest war.

Der Vater, Philibert Bott, starb im Alter von 36 Jahren an Paralyse in der Klinik. Von den 4 Geschwistern des Vaters starb eine Schwester, verheiratete Schöner, ebenfalls an Paralyse; die anderen Geschwister des Vaters blieben psychisch normal und ist weitere erbliche Belastung in der Blutsverwandtschaft nicht nachzuweisen.

Patientin leidet seit 4 Jahren an Neuralgien, seit 4 Wochen starke Kopfschmerzen und seit dieser Zeit dauernd im Bett; Gedächtnisschwäche; manchmal Irr-Reden; vor 8 Tagen Zuckungen im Gesicht und an Beinen. Bei der Aufnahme: Myosis mit Pupillenstarre; Zucken im Facialis- und Hypoglossus-Gebiet. Starker Spasmus der gesamten Muskulatur, gesteigerte Patellar-Reflexe; keine Anzeichen überstandener Lues; Verblödung ohne Größenwahn; Sprachstörung. Großer, tiefer, brandiger Dekubitus am Kreuzbein.

Im weiteren Verlauf der Krankheit: Zuckungen in beiden Armen und im rechten Ober- und Unterschenkel; Pulsbeschleunigung; leichte Temperatursteigerung. Starke Zunahme des Dekubitus bei völliger Schmerzlosigkeit. Ende September: Zuckungen werden spärlich; die Kranke wird unrein. Tod am 30. September an Marasmus.

Stammbaum der Familie Bott.



Hier sehen wir die Paralyse in drei Generationen einer Familie auftreten, wobei die Vererbung nicht stets durchweg im gleichen Geschlecht stattfindet.

Haaf, Eva, Dienstmagd, 30 Jahre alt, aufgenommen wegen progressiver Paralyse am 9. März 1894, entlassen in eine andere Anstalt am 22. Juni 1894.

Beide Eltern leben hochbetagt, rüstig und gesund. Aus 2 Ehen des Vaters stammen 7 Kinder, von welchen bis 1894 nur die Patientin psychisch erkrankte. Ein Bruderssohn des Vaters war im Jahre 1875 zeitweise geistesgestört; soll nunmehr gesund sein.

Patientin hat keine wesentlichen Krankheiten durchgemacht; keine Strapazen oder Schädlichkeiten; Lues nicht nachzuweisen. Zu Beginn der Erkrankung verschiedene paralytische Anfälle, bei welchen Patientin teils bloß krankhafte Zuckungen hatte, teils auch hinstürzte.

Bei der Aufnahme: beiderseitige reflektorische Pupillenstarre; die Pupillen sind auffallend weit (6 mm); Patellarreflexe normal; hochgradiger paralytischer Blödsinn.

März 1894: Sinnlose Unruhe, schimpft, schlägt, ganz verwirrt und blödsinnig.

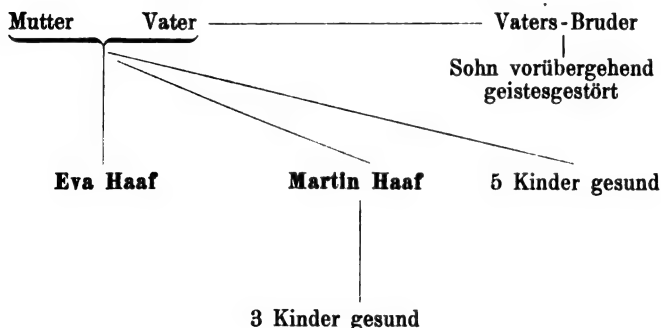
Juni: Äußerlich ruhiger, sonst unverändert, wird in eine andere Anstalt überführt.

Haaf, Martin, Bruder der Eva Haaf, Tagelöhner, 34 Jahre alt, aufgenommen am 7. Mai 1901 wegen progressiver Paralyse. Weiteres aus der Blutsverwandtschaft, als in der vorgehenden Krankengeschichte der Schwester erwähnt, ist nicht in Erfahrung zu bringen. Patient ist seit seinem 20. Lebensjahre verheiratet und hat 3 gesunde Kinder, er war früher völlig normal: kein Potus, keine Lues. Seit 2 Jahren bedeutende psychische Veränderungen, Vergeßlichkeit, zunehmender Blödsinn. Unfähigkeit zur Arbeit, in letzter Zeit Neigung zu übermäßigen Ausgaben.

Bei der Aufnahme keine Innervationsstörungen, Pupillen und Patellarreflexe normal, ebenso der Augenhintergrund, großer Blödsinn; er redet immer dieselben Sätze: „Lassen Sie mich zu meiner Frau, ich möchte ihr ein Paar Schuhe machen. Ich gebe Ihnen 10 Pfennig usf.“ Der Kranke war auch mehrmals unrein. Auf Grund der Entwicklung der Krankheit und dieses Blödsinns wird trotz vorläufigen Fehlens aller Innervationsstörungen die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt.

Mai 1901: Patient wird in eine andere Anstalt überführt.

Stammbaum der Familie Haaf:



In der Familie Haaf sehen wir zwei Geschwister an Paralyse erkrankt, ohne daß die Eltern psychisch erkrankt waren; der Umstand, daß der Sohn des Vatersbruders vorübergehend geistesgestört war, läßt vermuten, daß von seiten der Großeltern väterlicher Seite vielleicht hereditäre Belastung besteht; doch läßt hier die Anamnese im Stiche. Äußere Ursachen (Lues und dergl.) scheinen auch hier völlig zu fehlen.

Daß häufig genug Paralysen in solchen Familien auftreten, in denen Geisteskrankheiten überhaupt viel vorkommen, ist eine längst bekannte Tatsache; es sind das die Fälle, bei denen von „hereditärer Belastung“ bei Paralytischen gesprochen wurde. So kamen in der hiesigen Klinik noch folgende Paralysen zur Beobachtung in Familien, in denen sich andere Psychosen häuften und ohne daß Lues als ätiologischer Faktor nachgewiesen werden kann:

Bruder: Paralyse, Schwester: Schwachsinn;

Schwester: Paralyse, Bruder: Idiotie;

Vatersvater: Melancholie, Vater: Paralyse, Tochter: abnorm;

Vater: Paranoia, Sohn: Paralyse;

Vatersbruder: Schwachsinn, Nichte: Paralyse, Familie abnorm.

Das Auftreten dieser Paralysen zusammen mit anderen endogenen Geisteskrankheiten in derselben Familie zeigt deutlich genug, daß die Paralyse unter Umständen durchaus die Rolle einer sogenannten endogenen Geistesstörung spielen kann. Exogene Ursachen sind bei ihr durchaus nicht immer erforderlich.


Die Frage, ob die nachweislich endogenen Formen der Paralyse sich im ganzen Krankheitsverlauf und pathologisch-anatomisch von den übrigen Paralysen unterscheiden und vielleicht als eigene Krankheitsgruppe sich abgrenzen lassen, kann bei deren so seltenem Auftreten und dem spärlich vorhandenen Material bis jetzt nicht entschieden werden. Daß sie überhaupt zur Paralyse gehören, erscheint gerade im Hinblick auf die gelegentlich auftretenden Rückenmarkssymptome außer Zweifel, wie schon oben hervorgehoben wurde. Die Krankengeschichte des Martin Langer, bei welchem der Prozeß beinahe 10 Jahre dauert, und die nur einen langsamen Fortschritt aufweisenden Störungen der Pupillen- und Patellarreflexe lassen vielleicht den Schluß zu, daß die hereditären Paralysen sich besonders langsam entwickeln können, daß die demente Form überwiegt, die spinalen Erscheinungen gelegentlich erst spät auftreten und der gesamte Krankheitsverlauf sich über eine längere Reihe von Jahren erstreckt.

Die Lösung dieser Frage durch eingehendes, auf mehrere Generationen sich erstreckendes Studium der Paralytikerfamilien unter genauer Vergleichung der klinischen Krankheitsbilder und der pathologischen Anatomie des gesamten Nervensystems dürfte der Zukunft vorbehalten bleiben.

Herrn Professor *Rieger* spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

1. *Hirschl*, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Jahrbuch f. Psychiatrie u. Neurologie 1896 Bd. XIV.
2. *Kjellberg*, Om sinnesjukdomarnes stadier. Upsala universitets arskrift 1863.
3. *Möbius*, Schmidts Jahrbücher 1898 S. 31.

4. *Krafft-Ebing*, Dementia paralytica oder progressive Paralyse. Wiener medicin. Presse 1889 No. 46—48.
5. *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. II. Bd. S. 374 ff.
6. *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Eulenburgs Real-Enc. 1898 Bd. XIX S. 365.
7. *Rieger*, Statistische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse. Schmidts Jahrbücher Bd. 210 S. 88 ff.
8. *Sprengeler*, Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56 S. 725 ff.
9. *Näcke*, Die sogenannten (äußeren) Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse, nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. Neurol. Zentralbl. 1897 S. 770 ff.
- Derselbe, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Zentralbl. 1900 S. 748.
- Derselbe, Über die sogenannten Degenerationszeichen der wichtigsten inneren Organe bei Paralytikern und Geistesgesunden. Neurol. Zentralbl. 1901 S. 478.
10. *Cristiani*, zitiert von *Näcke*, Neurol. Zentralbl. 1897 S. 773.
11. *Scholtens*, Hereditaire belasting en progressieve Paralyse. Psych. en neurol. Bladen 1900 S. 52.
12. *Fuhrmann*, Das psychotische Moment. Leipzig 1903. Barth.
13. *Mariani*, zitiert von *Näcke*, Neurol. Zentralbl. 1900 S. 750.
14. *Féré*, desgl.
15. *Luys*, Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale. L'Encéphale 1884 No. 6.
16. *Toulouse*, De l'hérédité dans les maladies mentales. Gazette des Hôpitaux 1895 No. 18.
17. *Ball*, Sur l'hérédité dans la paralysie générale des aliénés. Ref. Neurol. Zentralbl. 1884 S. 405.
18. *Amélie*, zitiert *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. II. Bd. S. 372.
19. *Kraepelin*, ebenda.
20. *Major*, General paralysis in a boy. Brit. med. Journ. 1892 S. 1339.
21. *Rey*, Cas de paralysie générale héréditaire. Annales méd. psych. 1883 Sept. S. 231.
22. *Turnbull*, Notes of a Case of General Paralysis at the age of twelve. Journ. of Mental Sc. Okt. 1881.
23. *Oskar Müller*, Ein Fall von progressiver Paralyse bei Mutter und Kind. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LV S. 151 ff.
24. *Dees*, Psych. Wochenschrift 1899 No. 21.
25. *August Koch*, General paralysis in two sisters. Journ. of nervous and mental disease 1897 Febr. XXIV S. 67.
26. *Gianelli*, Un caso di paralisi progressiva in un bambino e tabop 
nella madre. Riv. quindic. di psicologia II. 14.

27. *Homén*, Eine eigentümliche bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia, in Verbindung mit ausgedehnten Gefäßveränderungen (wohl lues hereditaria tarda). Archiv f. Psych. Bd. XXIV S. 191 ff.

Derselbe, Archiv f. Psych. Bd. XXX S. 299.

28. *Westphal*, Ein Fall von progressiver Paralyse bei einem 15jährigen Mädchen mit anatomischem Befund. Charité-Annalen 1893.
-

Über einen Fall von Hirnabszeß bei katatonischem Krankheitsverlauf.

Von

Dr. med. K. Schmidt,

Assistenzarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Alt-Scherbitz.

In folgendem gestatte ich mir einen Fall von Hirnabszeß zu veröffentlichen, der wegen der mit ihm verbundenen psychischen Störungen bemerkenswert zu sein scheint.

Frieda L., 24 Jahre alt, Lehrerstochter. Aufgenommen am 1. Juni 1901. Patientin ist hereditär belastet; ihre Mutter befand sich wegen Paranoia in einer Irrenanstalt, ein Großvater war Potator und ist im Säuferwahnsinn gestorben. Patientin zeigte von Jugend auf ein verschlossenes, mißtrauisches Wesen. In der Schule war sie nur mäßig begabt und lernte schlecht. In der Pubertätszeit wurde sie noch stiller und verschlossener, war leicht weinerlich, mißtrauisch, verlor den Appetit, kam körperlich herunter. Sie war unlustig zur Arbeit, hielt es auf keiner Dienststelle aus, war sehr unstät, ausfahrend, heftig. Es bestanden Klagen über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit; Patientin fühlte selbst, daß sie krank sei. Seitdem allmähliche Verschlimmerung des Zustandes. Nach einem ärztlichen Attest vom 8. Oktober 1900 war die Kranke vollständig apathisch, lag fast den ganzen Tag im Bett, verhielt sich feindselig gegen ihre Umgebung, war sehr mißtrauisch und nahm nur wenig Nahrung zu sich. Der Stand der Intelligenz war etwas herabgesetzt. Körperlich bestand allgemeine Blutarmut und Magenkatarrh.

Der Ernährungszustand war reduziert. Besondere Krankheiten außer Diphtherie im 19. Jahre hatte Patientin nicht überstanden. Der Arzt faßte den Zustand als Neurasthenie vermischt mit Hysterie und eventuell Moral insanity auf.

Anfangs Mai 1901 trat ein Erregungszustand ein, in welchem Patientin sich völlig geistig verwirrt zeigte und in selbstmörderischer Absicht aus dem dritten Stockwerk eines Hauses durchs Fenster sprang. Sie litt damals andauernder Schlaflosigkeit und deutlicher Depression.

1. Juni 1901. Vom Vater der Anstalt zugeführt. War bei der Fahrt teilweise unruhig, „tobte sich dann aus“, schlief bis hierher. Bei der Aufnahme ruhig. Wird bald unruhiger, schreit, ringt die Hände, wirft sich im Bett umher, schlägt sich, entblößt sich, gibt aber keine Antwort. In eine unruhige Abteilung verlegt, wird sie bald etwas ruhiger, schlägt sich konstant mit der rechten Hand an die linke Seite unterhalb des Herzens, antwortet, sie müsse das tun, weil sie sich versündigt habe; durch sie sei ihre Mutter nervenkrank geworden. Dabei sehr erotisch, schmiegt sich an, fällt dem Arzte plötzlich um den Hals. Im ganzen Verhalten etwas Gemachtes, Theatralisches, keine eigentlich zwangsmäßigen Bewegungen.

2. Juni. Hat nachts unruhig geschlafen; heute morgen ruhig, stumm, völlig abweisend, liegt den ganzen Tag mit über den Kopf gezogener Decke da. Nahrungsaufnahme gut. Bei der Abendvisite versucht sie zunächst dasselbe Spiel wieder, wird dann aber etwas zugänglicher, antwortet zunächst noch auf alles: Ich weiß nicht, gibt dann aber Namen, Geburtsort, Alter usw. richtig an. Hier sei sie in einem Krankenhause für Irrsinnige, bei Halle oder Leipzig. Ihr sei bald gut und bald schlecht, wie das so bei Irrsinnigen sei, sie werde auch nie wieder besser; die Hauptsache sei, daß sie ein paar Happen zu essen bekomme. Als der Arzt die Patientin zum Zwecke genauerer Exploration aufstehen ließ, gleich Klagen über Mattigkeit, Schwindel, Gedankenlosigkeit; sie könne gar nicht antworten, der Arzt früge auch zu genau. Gibt aber dann bereitwillig Auskunft, namentlich, sobald man auf ein anderes Thema übergeht. Die Mutter sei krank, gerade so krank wie sie; sie kenne die Mutter gar nicht mehr, wisse nicht, wo sie ist, will es auch gar nicht wissen. Sie habe schwer gelernt, sei nur aus Gnade und Barmherzigkeit mit in die erste Klasse übernommen; jetzt sei sie wohl auch aus Gnade und Barmherzigkeit hier. Menstruiert sei sie zuerst mit 14 Jahren. Nach der Konfirmation war sie in Stellung, zuerst auf dem Lande, dann in Berlin. Sie habe aber nirgends lange ausgehalten, weil sie seit dem 16. Jahre nervenkrank sei. Alle Ärzte hätten sie aufgegeben, sie werde nie wieder besser. Schließlich habe sie einen „Katzensprung“ getan, seitdem habe sie gar keine Hoffnung mehr. Bleibt dabei, sich wirklich haben umbringen zu wollen, „wenn ich nur einen Revolver hätte, schöß ich mich ganz gewiß tot“. Bricht schließlich die Unterhaltung ab, weil sie zu matt sei.

3. Juni. Heute dasselbe alberne, erotische Verhalten. Bei der Exploration bezeichnet sie sich als „dösig, kurz von Gedanken“. Der Vater habe sie hierher gebracht, weil sie verrückt war. Kennt den Namen der Anstalt angeblich nicht, obwohl er ihr gestern genannt war. Gebraucht burschikose Ausdrücke, z. B. „gebumfidelt“ usw.

5. Juni. Heute nacht eingenäßt. Patientin verkriecht sich unter die Bettdecke, ist albern, fängt dann an zu weinen, bittet, man solle sie doch hier lassen, nicht in die Totenkammer sperren usw.

9. Juni. Hält sich jetzt ruhiger, etwas verständiger, fängt an, sich mit Stricken zu beschäftigen, liefert ganz ordentliche Arbeit. Bei den Unter-

haltungen noch immer albern, kokett, geziert, redet von Lebensüberdruß und lacht ganz vergnügt dazu.

1. Juli. Patientin geht jetzt regelmäßig mit zur Gartenkolonne, schafft allerdings nicht viel, steht oft untätig umher. Auf der Abteilung ganz still, sieht in ihren Schoß, ist nicht zu bewegen, den Arzt anzusehen, „das könne sie nicht“.

25. Juli. Immer dasselbe Bild; Patientin bezeichnet gelegentlich ihren Zustand als „hysterisch“.

27. August. Bei den Visiten dauernd ganz unzugänglich, verbirgt das Gesicht in den Händen, antwortet kaum, bringt höchstens einmal geziert-affektlos irgend eine Klage über körperliche Beschwerden vor, auch wohl irgend eine Äußerung von Lebensüberdruß. Außerhalb der Visiten munterer, spricht mit anderen Kranken.

11. Dezember. Patientin macht immer einen etwas gehemmten Eindruck. Antworten erfolgen langsam; plötzlich aufsteigende flammende Röte im Gesicht. Gibt sinngemäße korrekte Antworten. Habe öfter Ohnmachtsanfälle gehabt, nie Krämpfe. In Berlin sei sie von ihrer Herrschaft entlassen, weil sie alles vergessen habe, habe nicht einmal einfache Namen behalten können. Morgens sei ihr oft so gewesen, als wäre sie ganz steif. Zur Zeit der Regel habe sie immer ein gedunsenes Gesicht bekommen. Nahrungsaufnahme schlecht.

Mittelgroßes, ziemlich zart gebautes Mädchen. Schädel ohne Besonderheiten. Pupillen gleich weit, reagieren auf Lichteinfall und Akkomodation gut. Facialis beiderseits gleichmäßig innerviert, Zunge wird gerade herausgestreckt. Brust- und Bauchorgane ohne nachweisbar krankhaften Befund. Puls klein, leicht zu unterdrücken, regelmäßig. Patellarreflexe beiderseits gleich, gesteigert. Sensibilität, soweit zu prüfen, intakt. Urin frei von E. und Z.

26. Dezember. Ißt noch schlecht, liegt stumm zu Bett.

14. Januar 1902. Bisher das gleiche, stumme, gehemmte Verhalten. Nahrungsaufnahme wechselnd. In der letzten Nacht sprang Patientin plötzlich aus dem Bett und schlug, ohne irgend etwas dabei zu sagen, zwei Türscheiben ein. Darnach wieder ganz ruhig und stumm. Auch heute morgen ist kein Wort von ihr zu erfahren.

28. Januar. Seitdem wieder dauernd ruhig und stumm, antwortet nicht, macht zuweilen mit dem Essen Schwierigkeiten.

16. Februar. Redet heute morgen ganz frei und flott drauf los: Herr Oberarzt, ich möchte das nicht mehr hören; die eine dichtet so und die andere so, die anderen dichten mir fortwährend was vor; sie dichten, ich möchte 2 heiße Bolzen machen, 6 auf den Kopf, 6 unten, 6 hinten, daß ich eine Mörderin bin. Absichtlich bin ich doch nicht aus dem Fenster gesprungen. Eine dichtet, ich bin ein Schornsteinfeger, nein, sie sagen's mir ja direkt ins Gesicht; sie sagen, jetzt wird sie gespickt, gebraten, jetzt ist sie an der Reihe. — Wer hat Ihnen denn das gesagt? — Als ich 3 Tage ge-

fastet hatte, 2 Wärter, gleich im Anfang. — Sind Sie denn gesund? — Weil mir meine Stiefmutter das alles gesagt hatte, sonst wäre ich nicht hier. — Warum haben Sie denn nicht gesprochen? — Hier ist sie gewesen, ich habe sie gesehen, im Garten, von weitem gesehen. Sie habe auch allerhand Stimmen gehört; namentlich die Leute drüben hätten ihr zu verstehen gegeben, daß sie 10 Klafter tief in die Erde solle, sie haben es ihr deutlich mit der Hand gezeigt. 3 Löffel seien abgebrochen, und dann alles Gift hinterher: „ich weiß nur so viel, daß ich bin die Semmel gefüttert worden; 3 Löffel sind abgebrochen, gleich morgens früh, und das ist zu viel.“

18. Februar. Wieder stumm, wie vorher.

20. März. Unverändert still, ruhig, mutacistisch.

15. Mai. In letzter Zeit wieder mehr Schwierigkeiten beim Essen; weint öfter, drängt viel nach der Tür.

1. Juli. Seit einiger Zeit unruhiger, schreit oft laut auf, viele Male nacheinander, motiviert dies damit, sie möchte auch gerne einmal was geschenkt haben, oder sie möchte gerne eine richtige Arbeit und Beschäftigung haben. Läuft oft aus dem Bett, besonders auch nachts, rüttelt an den Türen. Erzählte einmal gelegentlich eines Besuchs von schrecklichen schwarzen Männern, die sie sähe. Ist ziemlich schlecht. Nachts immer Arznei.

7. Juli. Heute morgen auf der rechten Wange, von der Ohrgegend ausgehend, ein Erysipel. Temperatursteigerung auf 39,3° C. Urin frei von Eiweiß.

11. Juli. Temperatur normal. Haut des Gesichts beginnt abzuschuppen. Patientin ist noch oft laut, jammert vor sich hin.

16. Juli. Temperatur dauernd normal. Patientin erholt sich, wird auch ruhiger.

6. August. Zustand ganz unverändert. Patientin sitzt stumpf herum, ist zu keiner Arbeit zu bewegen. Weint bisweilen, ohne einen Grund anzugeben, längere Zeit vor sich hin. Schlaf auf Paraldehyd im allgemeinen gut.

15. September. Patientin war in der letzten Zeit oft recht störend, lag im Bett und schrie dabei fortgesetzt monoton auf.

10. November. Läppisch, kindisch, schreit bisweilen laut und anhaltend, immer dasselbe Wort wiederholend. Bringt wiederholt affektlos lächelnd ganz unsinnige Wünsche vor, z. B. sagte sie einmal zu Ref., sie möchte einmal mit dem Messer gegen die anderen Kranken fechten, ob Ref. ihr nicht ein Messer besorgen könne. Jetzt quält sie Ref. jeden Morgen mit der Frage, ob sie noch nicht ihr Weihnachtspaket bekommen hätte. Zeitweise ist Patientin recht störend und laut. Körperlich wohl.

16. Januar 1903. Mußte einige Zeit lang, da sie durch fortwährendes Schreien zu störend wurde, auf eine unruhige Abteilung verlegt werden. Auch kam sie oft aus dem Bett, lief umher, wollte nicht recht essen. Bald trat dann wieder Beruhigung ein, auch begann Patientin mehr Nahrung zu sich zu nehmen.

7. März. Stets abweisend, gibt kaum einmal Auskunft, nähere Exploration

nicht möglich. Liegt oder sitzt für sich umher, kümmert sich nicht um ihre Umgebung. Von Zeit zu Zeit Erregungszustände ängstlicher Natur, in denen Patientin umherläuft, laut schreit, dabei vielfach verbigeriert, manchmal stundenlang dieselben kurzen, undeutlich ausgesprochenen Sätze wiederholend, z. B. Deubel komm heraus, Deubel komm heraus usw. Auf Befragen gibt sie an, daß der Teufel in ihrem Leibe sei und herauswolle, sie fühle Schmerzen dabei und könne ihn nicht los werden. Sie fühlt sich auch behext und körperlich beeinflußt. Schlaf bisweilen recht gestört. Meist ist Patientin ganz mutacistisch, auch häufig negativistisch.

1. Mai. Wiederholt recht lebhaft, jammert verbigerierend vor sich hin. Dann wieder springt Patientin ganz plötzlich über eine ganze Reihe von Betten hin, kriecht unter ihnen herum, drängt blind an die Türen. Schlaf oft ungenügend. Nahrungsaufnahme wechselnd. Trotz wiederholter Untersuchung kann bei dem Widerstreben der Patientin etwas Genaueres über den Befund der auf Tuberculose suspekten Lungen nicht erfahren werden. Urin frei von E. und Z. Ab und an Klagen über Kopfschmerzen.

15. Mai. Wiederholt litt Patientin in letzter Zeit an Erbrechen und heftigen Durchfällen, mit geringer abendlicher Temperatursteigerung, die auf Diät, Tinct. Opii und Tannalbin wichen.

24. Mai. Seit einigen Tagen ißt Patientin sehr schlecht, verweigert fast jede Nahrung. Infolgedessen seit gestern Klysmen mit 0,6 % Kochsalzlösung, 4 × tgl. 300 g.

26. Mai. Patientin hat wieder angefangen, besser zu essen; sie spricht auf Befragen überhaupt nicht, sondern jammert nur vor sich hin, Stundenweise ist sie recht unruhig, kommt oft aus dem Bett.

29. Mai. Gestern abend machte Patientin einen etwas benommenen Eindruck. Der Puls war beschleunigt, 120 Schläge in der Minute. Trotz genauer körperlicher Untersuchung war etwas Positives nicht nachweisbar. Heute morgen 4³/₄ h. Exitus.

Als Todesursache wurde Erschöpfung angenommen bei fraglicher Phthise.

Sektion am 29. Mai 1903: Zart gebaute, sehr abgemagerte Leiche. Schädeldach dünn, mit nur wenig Diploe. Dura auf der Innenseite glatt, glänzend, mit einigen Sehnenflecken. Pia zart, durchscheinend. Hirnwindungen beiderseits etwas abgeplattet. Linke Hemisphäre erscheint größer als die rechte. In der Gegend des Lob. parietal. sup. eine nicht ganz dreimarkstückgroße, rundliche, aber unregelmäßig begrenzte, graugrünlich durchscheinende Stelle, über welche die Pia verdickt, aber außen glatt hinüberzieht. Auf den Schnittflächen ist die Substanz des Großhirns sehr blaß. Entsprechend der oben erwähnten verfärbten Stelle findet sich auf dem Durchschnitt eine bis dicht unter die Pia reichende Höhle, etwa von der Größe eines kleinen Hühnereies, aus der sich beim Einschneiden schleimiger, dicker, grüner Eiter entleert. Die Wandung der Höhle ist mit fetzigem Gewebe bedeckt; die direkt angrenzenden Partien der Hirnsubstanz sind durchscheinend grau verfärbt und lassen an manchen Stellen blaßgraue, bis über stecknadel-

kopfgröße Knötchen erkennen. Der Abszeß liegt durchweg im Mark des Parietallappens und erstreckt sich, tief im Mark, nach vorn bis nahe an die Gegend der hinteren Zentralwindung, ohne sie jedoch zu erreichen; nach hinten hin läßt er das Gebiet des Hinterhauptlappens ganz unberührt. Er hat keine Verbindung mit dem Ventrikelsystem. Die Rindensubstanz ist nur im Bereich der oben erwähnten Partie des oberen Scheitelläppchens nicht mehr deutlich zu erkennen, sondern durch die gleichmäßig grau aussehende Abszeßwand ersetzt.

Im übrigen fanden sich in der rechten Lunge ein größerer und mehrere kleinere verkäste und infiltrierte Herde sowie verkäste Bronchialdrüsen.

Die interessierenden Teile des Gehirns wurden zur weiteren Untersuchung in Formol gelegt. Stücke der Abszeßwandung und der anliegenden Hirnwindungen wurden dann in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, die Schnitte mit Hämatoxylin-Eosin und nach *van Gieson* gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: Der Abszeßhöhle zunächst liegt ein äußerst zellreiches Gewebe, dann folgen derbe bindegewebige Schwielen. Insbesondere sind überall die Gefäßwände teils von dichten Zellinfiltrationen umgeben, teils ist ihre Wandung stark bindegewebig verdickt und von ihnen aus ziehen zahlreiche Bindegewebsstreifen in das zellreiche Gewebe hinein. Auch in den an die Abszeßwand anstoßenden Hirnwindungen sind die Gefäße, besonders in der Marksubstanz, mit dichtem Zellinfiltraten versehen. Eine tuberkulöse Natur des Abszesses konnte nicht nachgewiesen werden. Die oben erwähnten Knötchen entsprechen vielmehr regelmäßigen Gefäßen mit stark verdickten Wandungen.

Fasse ich nun kurz den Verlauf der Krankheit noch einmal zusammen, so treten bei einem hereditär belasteten, von Jugend auf etwas sonderbaren, beschränkten Mädchen in der Pubertätszeit Zeichen geistiger Störung ein, welche sich in erheblicher Reizbarkeit, Unlust zu geregelter Arbeit, mißtrauischem Wesen und Gedächtnisschwäche äußerten. Daneben bestanden Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, körperliche Hinfälligkeit und Ohnmachtsanfälle. Dann wurde die Kranke verschwenderisch, litt an Selbstüberschätzung und Zornmütigkeit. Darauf folgte eine Depression mit Verwirrtheit und einem Conamen suicidi. Deswegen in die hiesige Anstalt gebracht, bot Patientin ein wechselndes Verhalten. Teils war sie albern, läppisch, erotisch erregt, teils ganz still, wochenlang mutacistisch. Sie zeigte ausgesprochenen Negativismus, Neigung zu impulsiven Handlungen. produzierte oft „Wortsalat“; sehr oft bestand ausgesprochene Verbigeration. Die Stimmung war bald heiter, bald gedrückt.

häufig kontrastierten die Äußerungen der Kranken mit dem dabei gezeigten Affekt. Daneben bestanden zahlreiche Sinnestäuschungen und Wahnideen, insbesondere persecutorischen Inhalts. Patientin fühlte sich behext, körperlich beeinflußt, glaubte den Teufel im Leibe zu haben, fürchtete vergiftet zu werden. Die Nahrungsaufnahme war fast immer schlecht. Der ganze Verlauf war progressiv bis auf eine kurze Zeit der Remission, wo Patientin ziemlich korrekt erschien, und führte schließlich zu einer sichtlichen Demenz. Der Tod erfolgte nach heftigen Durchfällen bei ungenügender Nahrungsaufnahme unter dem Bilde der allmählichen Erschöpfung. Nervöse Störungen, welche auf eine organische Erkrankung des Gehirns hingewiesen hätten, waren nicht beobachtet. Die Diagnose war zunächst auf Hysterie, bald aber auf Grund der oben erwähnten, fast dauernd vorhandenen katatonischen Symptome auf Katatonie gestellt worden.

Die Sektion ergab jedoch, daß ein Gehirnabszeß vorlag.

Wenn man nun bei geistigen Störungen, wie hier, einen greifbaren Krankheitsherd findet, so versucht man wohl mit Recht, die organische Erkrankung in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Psychose zu bringen, indem man annimmt, daß ein organisches Leiden durch eine funktionelle oder materielle Veränderung der Hirnrinde eine Psychose bedingen kann. Und besonders wird man bei Hirnabszessen nicht nur rein mechanische Einwirkungen, sondern vor allem auch toxische Einflüsse in Rechnung ziehen müssen. Dabei ist jedoch nachzuweisen, daß ein solcher Abszeß nicht etwa rein sekundär zu einer schon bestehenden Psychose hinzugetreten ist, was ja zweifellos auch möglich sein kann. Und im vorliegenden Falle könnte daran gedacht werden, ob nicht der Abszeß eine Folge des im Juli 1902 aufgetretenen Gesichtserysipels sein könnte. Ich halte dieses aber nicht für wahrscheinlich, denn ich glaube nicht, daß die Symptome einer beginnenden Hirnenterung bei der beständigen ärztlichen Aufsicht, in der sich die Kranke befand, unbeobachtet geblieben wären, besonders da die Vergrößerung des Abszesses ziemlich schnell vor sich gegangen sein müßte. Als wesentlichste Anfangssymptome führt *Oppenheim*(1) an: Erbrechen, Kopfschmerz, Benommenheit, Fieber, Verwirrtheit, Pulsbeschleunigung oder -verlangsamung, seltener

Krampferscheinungen oder Herdsymptome. Insbesondere ist kein Erbrechen, keine Benommenheit, keine erhebliche Pulsänderung, auch kein Fieber vorhanden gewesen, da Patientin noch einige Zeit nach dem Abfall des durch das Erysipel verursachten Fiebers weiter gemessen wurde. Das ganze Krankheitsbild zeigte vielmehr nach dem Ablauf des Erysipels gar keine Änderung gegenüber der Zeit vor dieser körperlichen Erkrankung.

Eine ähnliche Überlegung macht auch die Entstehung des Abszesses nach der im 19. Jahre eingetretenen Diphtherie unwahrscheinlich, da nicht ein einziges Krankheitssymptom darauf hindeutet, daß damals zu der schon bestehenden Krankheit etwas Neues und Andersartiges hinzugetreten wäre. Vielmehr macht der ganze Verlauf der Krankheit den Eindruck, als ob sich diese von Anfang an einheitlich fortentwickelt hätte.

Andererseits ist meines Erachtens kein Symptom vorhanden, welches die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Abszeß und der Psychose unmöglich erscheinen ließe. Schon die Anfangserscheinungen sind derart, wie sie bei Hirnerkrankungen nicht ungewöhnlich sind. Ich meine insbesondere die starken Kopfschmerzen, die öfteren Ohnmachtsanfälle, die Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Unlust zur Arbeit, die Reizbarkeit, die bedeutende Abnahme der Körperkräfte, die Gedächtnisschwäche. Auch das dabei bestehende intensive Krankheitsgefühl ist mit der Annahme eines solchen Zusammenhangs recht gut vereinbar. Leider ist nicht zu erfahren gewesen, ob es sich bei dem vom Arzt als Magenkatarrh bezeichneten Leiden nicht vielleicht hauptsächlich um Erbrechen gehandelt hat, was eine weitere Stütze für meine Anschauung sein würde. Der jahrelange Verlauf spricht in keiner Weise gegen meine Auffassung; gibt doch *Oppenheim*(1) an, daß Gehirnabszesse von einer Dauer bis zu 28 Jahren beschrieben worden sind. Daß in diesem Falle die psychotischen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund treten, ist vielleicht darauf mit zurückzuführen, daß die Kranke schon an und für sich zu geistiger Erkrankung sehr disponiert war. Sie ist einmal hereditär erheblich belastet und andererseits selbst schon von Jugend auf etwas sonderbar im Wesen und nur mäßig begabt gewesen. Dazu kommen noch ungünstige häusliche Verhältnisse, schlechte Er-

nährung und frühzeitige Überarbeitung im Haushalte. Es war also zweifellos schon ein für Ausbruch einer Psychose vorbereiteter Boden vorhanden, auf welchem diese durch den Abszeß ausgelöst und weiter unterhalten wurde. Die in vorliegendem Fall beobachtete Psychose zeichnet sich nun dadurch aus, daß sie in ihrem ganzen Verlaufe einer Katatonie im Sinne *Kräpelins* außerordentlich glich.

Daß bei organischen Psychosen katatonische Symptome vorübergehend auftreten, ist eine von den meisten Autoren anerkannte Tatsache. Ich erinnere nur an *Schüle*(2), *Kräpelin*(3), *Ziehen*(4), *Aschaffenburg*(5). Auch *Bonhoeffer*(6) erwähnt solche Fälle. Dagegen sind, soweit ich aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur ersehen konnte, diejenigen Fälle selten, in denen katatonische Symptome während des ganzen Verlaufs vorherrschen. Ich sehe ab von dem Falle *Bonhoeffers*(6), in welchem ein katatonisches Zustandsbild nach neunmonatiger Dauer operativ beseitigt wurde. Dagegen erwähnt *Ziehen*(4), „daß gerade nach Herderkrankungen zuweilen Störungen auftreten, welche nach Verlauf und Symptomen der *Kahlbaumschen* Darstellung der Katatonie entsprechen. Er führt einen Fall an, wo bei einer scheinbar ganz typischen Katatonie bei der Sektion eine partielle alte Erweichung im Gebiet der Arteria cerebri anterior gefunden wurde, ohne daß Herdsymptome nachweisbar gewesen waren. *A. Köttgen*(7) beschreibt drei Fälle organischer Erkrankung des Schädelinhaltes — eine infantile Paralyse, eine ausgedehnte Herdsklerose der rechten Hemisphäre und eine Meningitis tuberculosa —, welche im wesentlichen unter dem Bilde der Katatonie verlaufen sind. Über katatonischen Krankheitsverlauf bei Hirnabszeß habe ich bisher keine Angaben gefunden, während Verwirrtheit, Unruhe, Jaktation, Delirien, depressive Gemütsstimmung als psychische Erscheinungen angegeben werden. In seltenen Fällen hat die Krankheit als Melancholie, in einem als Dementia paralytica imponiert. (*Oppenheim*(1)).

Wenn ich nun die Frage erörtere, warum in dem vorliegenden Falle die organische Erkrankung nicht erkannt worden ist, so liegt das daran, daß erstens Herdsymptome überhaupt nicht bemerkt worden sind. Das ist einmal aus dem Sitze des Abszesses

zu erklären. Nach *Monakov*(8) ist das einzige, einigermaßen konstante Symptom einer Läsion des Scheitelläppchens eine Störung des Muskelsinns. Daraufhin ist nun Patientin nicht speziell untersucht worden. Ich möchte auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß bei Hirnabszeß sehr oft Lokalsymptome überhaupt fehlen. Es ist nach *Oppenheim*(1) dabei in Betracht zu ziehen, daß die Eiteransammlung, wenn sie, wie hier offenbar, nicht schnell erfolgt, daß Gehirngewebe nicht wesentlich zu schädigen braucht, indem die Nervenfasern mehr und mehr auseinandergedrängt werden, ohne daß sie selbst Zerreißung oder auch nur tiefere Strukturveränderungen erfahren. Die Kranke ist wiederholt körperlich untersucht worden, ohne daß nervöse Störungen nachgewiesen wurden. Eine Untersuchung des Augenhintergrundes ist leider unterblieben. Diejenigen Symptome aber, welche man jetzt retrospektiv als Allgemeinsymptome des Gehirnabszesses ansehen kann, passen durchaus in das Bild der angenommenen Psychose hinein oder konnten anderweitig erklärt werden. Der Puls ist sehr häufig untersucht worden, weil bei der schwächlichen Person die Verordnung von Hypnoticis dies nötig erscheinen ließ; es ist aber nie eine auffällige Veränderung beobachtet worden, ohne daß zugleich andere körperliche Erkrankungen oder psychische Erregung bestanden. Die am letzten Tage vorhandene Pulsbeschleunigung wurde als Symptom der beginnenden, infolge der chronischen Erschöpfung eintretenden Auflösung betrachtet. Ebenso waren Temperatursteigerungen, soweit sie beobachtet wurden, immer mit Zeichen einer anderen körperlichen Erkrankung verbunden, auf welche sie ungezwungen bezogen werden konnten. Das Erbrechen, welches Patientin aufwies, bestand neben Durchfällen, sodaß eine Magendarmerkrankung vorzuliegen schien.

Auch die psychischen Erscheinungen boten nicht das Bild, welches Hirnabszesse und ähnliche schwere organische Hirnerkrankungen gewöhnlich zu zeigen pflegen. Es ist nach *Oppenheim*(1) u. a. die hauptsächliche Störung eine Benommenheit, welche entweder gleich anfangs sehr stark ist, oder aber langsam, mehr schubweise eintritt und an Intensität wechseln kann. Eine solche Benommenheit ist nur am letzten Tage konstatiert worden.

Die Art der Demenz war nicht derart, daß eine zunehmende Erschwerung der Auffassung und der geistigen Tätigkeit vorherrschte, vielmehr hat Patientin entgegen dem äußeren Anschein recht lange eine gute Auffassung bewiesen, sobald sie überhaupt nur einmal zu einer Auskunft zu bewegen war, ein Merkmal, welches *Kräpelin* u. a. gerade als charakteristisch für Katatonie hervorheben.

Endlich ist zu erwähnen, daß auch die Anfangssymptome, welche ja sehr für beginnende organische Veränderungen sprechen, ebenfalls in der gleichen Weise bei der Katatonie beschrieben werden. Starke Abmagerung, Unlust zur Arbeit, Schlaflosigkeit, starke Kopfschmerzen sind nach *Kräpelin* sehr häufig im Beginn der Katatonie; das gleiche gilt für Ohnmachtsanfälle, die *Kräpelin* (3) neben anderen sogenannten „katatonischen Anfällen“ in etwas mehr als 18 % aller Fälle gesehen haben will.

Dieser Fall ist meines Erachtens einmal deshalb nicht ohne Interesse, weil bisher über katatonischen Krankheitsverlauf bei Hirnabszessen noch nicht berichtet worden ist. Zweitens ist er ein weiterer Beitrag zu der von *A. Köttgen* angeregten Frage nach den klinischen Katatonien bei organischer Erkrankung des Schädelinhalts und beweist zugleich, wie schwierig es sein kann, die Psychose auch wirklich mit dem bestehenden organischen Leiden in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Für die freundlichst gewährte Überlassung dieses Falles bin ich Herrn Direktor Geheimrat Dr. *Paetz* zu besonderem Danke verpflichtet.

Literatur.

1. *Oppenheim*, Gehirnabszeß. Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie. 1896.
2. *Schüle*, Zur Katatoniefrage. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 54.
3. *Kräpelin*, Psychiatrie. 1904.
4. *Ziehen*, Psychiatrie. 1902.
5. *Aschaffenburg*, Zur Katatonie-Frage. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 54.
6. *Bonhoeffer*, Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie. 26. Jahrg. 1903.
7. *Köttgen*, Klinische Katatonien bei organischer Erkrankung des Schädelinhalts. Diss. Zürich 1899.
8. *Monakow*, Gehirnpathologie 1897.

Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern.¹⁾

Von

Dr. Franz Sklarek und Dr. C. F. van Vleuten, Assistenzärzten.

Die Veröffentlichungen von *Lasèque* und *Falret*²⁾, *Régis*³⁾, *Marandon de Montyel*⁴⁾, *Joerger*⁵⁾, vor allem von *Wollenberg*⁶⁾, *Schönfeldt*⁷⁾, *Arnaud*⁸⁾, *Riedel*⁹⁾, *Guiard et Clérambault*¹⁰⁾ haben die Frage des induzierten Irreseins und der damit verwandten Psychosen einer Klärung nahe gebracht. So scheint besonders *Wollenbergs* Systematik fast allen Möglichkeiten gerecht zu werden. Eine abschließende und entscheidende Bearbeitung dieses Problems steht jedoch noch aus, und daran mag nicht zum wenigsten der

1) Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. Vortrag in der Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. März 1904.

2) *Lasèque* und *Falret*, La folie à deux ou folie communiquée. Ann. méd-psych. 1877.

3) *Régis*, La folie à deux. Paris 1880.

4) *Marandon de Montyel*, Contribution à l'étude de la folie à deux. Ann. méd-psych. 1881. Janv. S. 28.

5) *Joerger*, Das induzierte Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1889. Bd. 45, S. 307.

6) *Wollenberg*, Über psychische Infektion. Arch. f. Psych. Bd. 20, S. 62.

7) *Schönfeldt*, Über das induzierte Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 26, S. 202.

8) *Arnaud*, La folie à deux, ses divers formes cliniques. Ann. méd-psych. 1893. Bd. 17, S. 336.

9) *Riedel*, Über psychische Infektion und induziertes Irresein. Viertelj. für ger. Medizin. 1897. 3. Folge. Bd. 14, S. 224.

10) *Guiard et Clérambault*, Contribution à l'étude de la folie communiquée. Arch. de neurologie 1902. 2. Serie. Bd. 14 S. 289.

Umstand die Schuld tragen, daß die Fälle von psychischer Infektion immerhin selten sind, und dabei noch meistens nur einzelne der Erkrankten, nicht aber Alle der psychiatrischen Untersuchung zugänglich sind. Es erscheint daher immerhin gerechtfertigt, in Kürze die Ergebnisse der Beobachtungen mitzuteilen, die in der hiesigen Anstalt an drei Geschwistern gemacht werden konnten, welche in Abhängigkeit voneinander geistig erkrankten und durch äußerst gemeingefährliche Handlungen ihre gleichzeitige Überführung bewirkt hatten.¹⁾

Am 12. Januar d. J. wurden sämtliche Mitglieder eines Haushaltes, die Geschwister Gustav, Karl, Elise Sch., sowie das Dienstmädchen durch die Polizei der Irrenanstalt Dalldorf zugeführt. Aus dem Polizeibericht und dem kreisärztlichen Aufnahmeattest geht hervor, daß in der Nacht vom 11. zum 12. Januar von den beiden Brüdern ein Hausbewohner auf der Treppe angegriffen und verletzt war. Eine Untersuchung nach dem Grunde dieses Überfalles durch die in angesehenen Stellungen befindlichen Personen führte zu der Annahme, daß die 3 Geschwister geisteskrank seien, und daß auch bei dem Dienstmädchen wenigstens der Verdacht einer Geistesstörung bestehe.

Um zuerst auf die Geschwister einzugehen, so kann die Frage, ob eine erbliche Belastung bei ihnen vorliegt, mit entscheidender Sicherheit nicht beantwortet werden. Nach Angabe der Schwester soll der Vater an Gehirn-erweichung nach Schlaganfall gestorben sein, während die Brüder nichts davon wissen wollen. Eine jüngere Schwester starb in einem hiesigen Krankenhaus an Urämie im Anschluß an Gelenkrheumatismus mit Herzklappenfehler.

Der ältere Bruder Gustav, z. Z. 35 Jahre alt, besuchte die Bürgerschule, hat gut gelernt; er trat dann in den Postdienst über und ist jetzt Oberpostassistent. Seinen Geschwistern und dem Hauswirt kam er schon seit Jahren etwas sonderbar vor; er sprach oft vor sich hin. Wenn er sich mit jemand unterhielt, wurde beobachtet, daß er plötzlich im Gespräch abbrach, den Eindruck machte, als wenn er nicht mehr zuhöre und mit leicht abgewandtem Kopfe eine lauschende Stellung einnahm. Im Jahre 1903 übernahm er eine Vormundschaft, welche ihm viel Arbeit machte und ihn innerlich fortwährend beschäftigte. In seinem Gegenvormund, einem Tierarzte, erkannte er bald seinen Verfolger, welcher alle Intimitäten seines Lebens zu irgend einem Zwecke bis ins kleinste ausforschen wollte. Diese könne der Tierarzt nur durch Eindringen in die Wohnung erfahren, und wiederholt habe er bemerkt, daß in seinen Papieren herumgekrant sei; doch muß hervorge-

¹⁾ Herrn Geh. Med.-Rat Dr. *Sander*, Herrn San.-Rat Dr. *Richter*, sowie Herrn Med.-Rat Dr. *König* gestatten wir uns an dieser Stelle für die Erlaubnis diese Fälle veröffentlichen zu dürfen, unseren ergebensten Dank auszusprechen.

hoben werden, daß der Kranke sich über diese Wahnideen erst nach längerem Aufenthalt in der Anstalt geäußert hat.

Bei seiner Aufnahme in Dalldorf ist Gustav ruhig, örtlich und zeitlich orientiert. Daß es in der Wohnung nicht mit rechten Dingen zugehe, sei Tatsache. Am 2. Januar habe er im Bett liegend gehört, daß jemand mit einem Schlüssel die Tür öffnen wolle; er habe der Sache weiter keine Beachtung geschenkt; aber als er mit dem Stuhl ein Geräusch verursachte, hörte das Schließen wieder auf; er habe dann die Tür wieder zugeschlossen. Nachher, so um fünf oder sechs Uhr morgens, wiederholte sich das Schießgeräusch; er hörte Stimmen, die sagten: „Na, wenn hier zugeschlossen ist, dann holen wir einen Schlosser.“ Dann habe man mit einem großen Bund aufgeschlossen; es müßten zwei Personen gewesen sein, die an die Tür des Wohn- und Schlafzimmers faßten; die Männer seien wieder fortgegangen. Etwa vor 3 Nächten (10. Januar) habe er selbst gesehen, wie ein Mann die Zimmerschränke aufgeschlossen habe und der Schwester etwas unter die Nase gehalten habe, sodaß sie ganz betäubt wurde. Als er am nächsten Morgen davon erzählte, habe die Schwester gesagt: „Ja, mir kommt es in der Wohnung auch nicht mehr geheuer vor, mir fehlt dies und jenes“. An diesem Tage wäre dem Bruder und dem Dienstmädchen noch nichts aufgefallen. Über die Erlebnisse am Vorabend seiner Einlieferung macht Gustav folgende Angaben, welche von der Schilderung der übrigen sowie dem Polizeibericht bedeutend abweichen.

„Ich kam gestern Abend ungefähr um 11 Uhr nach Hause. Als ich die Wohnung betrat, war alles hell erleuchtet und mir wurde von Schwester, Bruder und Dienstmädchen gesagt, daß hier immer am Schloß ein Geräusch entstehe, das sich alle viertel bis halbe Stunden wiederhole; auch sei die Tür von selbst aufgegangen. Mein Bruder ist nachgeschlichen, fand aber niemand. Ich wollte mich dann schlafen legen; als ich auf dem Sofa lag, hörte ich wieder einen Schrei; mein Bruder und meine Schwester sagten: „Die sind ja schon wieder hiergewesen, die Tür ist wieder aufgegangen“. Ich sagte nun zu meinem Bruder: „Die Sache kann nicht mehr so weiter gehen, ich setze mich auf die Treppe, du bleibst im Zimmer und machst das Licht aus“. Der Bruder nahm einen Gummischlauch, ich einen Säbel. Ich hörte bald darauf auf dem Hofe pfeifen und plötzlich oben in der Wohnung meinen Bruder dreimal um Hilfe rufen, blieb aber ruhig in meiner Ecke sitzen und dachte, der Einbrecher müsse doch herunterkommen. Damit rief auch schon mein Bruder: „Hier kommt einer runter“. Es kam auch wirklich einer, dem hielt ich den Säbel vor, worauf der sagte: „Nun bin ich ja in die Falle gelaufen“. Er wollte das Haus verlassen; ich verfolgte ihn jedoch bis auf den Boden, dort ist er verschwunden. Nach einer halben Stunde kam wieder ein Mann herunter, diesen stellte ich zur Rede, was er hier zu suchen habe; dann rief ich einen Schutzmann, welcher mit einem Nachtwächter zusammen nach oben ging; sie fanden jedoch nichts.“ Er sei darnach in den Dienst gegangen bis zwei Uhr; als er nach Hause gekommen sei, habe er dort einen Leutnant

und einen Schutzmann gefunden, die ihn verhörten. Dann habe er bis acht Uhr abends geschlafen, gegessen; schließlich seien sie alle zusammen zur Wache sistiert worden.

Gustav ist von der Wirklichkeit seiner Beobachtungen fest überzeugt, in der Anstalt habe er nie ein derartiges Rufen oder Klingeln gehört.

Seine Intelligenz ist geringer, als man bei einem Oberpostassistenten annehmen sollte; insbesondere ist sein geographisches Wissen sehr lückenhaft.

Die körperliche Untersuchung des sehr kräftigen Patienten ergibt außer Tremor der Hände nichts auffallendes.

Nachdem er einige Wochen sich in der Anstaltsbehandlung befunden hatte, begann er anscheinend unter der Einwirkung mehrerer Besucher zu dissimulieren; er tat es jedoch in so oberflächlicher und zerfahrener Weise, daß es leicht gelang, ihn, ohne daß es ihm selbst auffiel, im Laufe des Gesprächs zu Äußerungen zu bringen, die das unveränderte Fortbestehen seines Wahnsystems bestätigten. Ebenso war es leicht nachzuweisen, daß auch hier in der Anstalt Sinnestäuschungen des Gehörs bei ihm auftraten, die den Charakter des Gedankenlautwerdens zeigten. Von Wünschen, die in seinem Gesichtskreis lagen, behauptete er mehrfach, daß der Arzt die Erfüllung versprochen habe, obwohl etwas derartiges nach Lage der Sache völlig ausgeschlossen war. Weiterhin fiel auf, daß der Kranke, wenn er sich unbeobachtet glaubte, am Fenster stand und in eigentümlicher Weise zum Fenster heraus sprach, plötzlich erregt wurde, wegging, wieder näher kam und sein Flüstern wieder aufnahm; dies geschah während der Zeit, in der die Kranken draußen im Garten waren; und nicht seltene Klagen unseres Patienten über beleidigende Redensarten, die ihm gesagt worden seien, sind wahrscheinlich auf derartige halluzinatorische Erlebnisse zu beziehen. Auch im übrigen war sein Verhalten ein seltsames; er hielt sich meist von den anderen Kranken fern, befand sich in einer gleichgültigen euphorischen Stimmung, die gar nicht mit seiner Lage im Einklang stand und verbrauchte seine ganze Tageszeit damit, sein Haar und seinen Schnurrbart in Ordnung zu bringen. Sein Empfindungsleben war auffallend abgeflacht; wenn man ihm sagte, daß man ihn für geisteskrank halte, so nahm er das mit derselben übertriebenen Höflichkeit auf, wie eine Mitteilung darüber, daß er bald auf den Antrag seines Vormundes hin entlassen werden könne.

Der zweite Bruder, der jetzt 30 Jahre alte Kaufmann Karl, kam, obwohl er nach eigenem Geständnis etwas schwer lernte, bis zur ersten Klasse der Bürgerschule; er trat dann in die Lehre und wurde nach drei Jahren als Kommis in einem Konfektionsgeschäft angestellt. Eine ähnliche Stellung hatte er bis zum Tage der Überführung nach Dalldorf inne; und als Beweis dafür, wie sein Chef mit ihm zufrieden war, mag angeführt werden, daß er sofort nach seiner Entlassung aus unserer Anstalt in seinen früheren Wirkungskreis wieder eintreten durfte.

Bei der Aufnahme in die Anstalt verhielt er sich ruhig. Bei der Morgenvisite schläft er noch, fährt dann plötzlich auf, sieht sich um und sagt in

fahrig, hastiger Weise ohne Anrede: „Ich will den Rechtsanwalt sprechen“, läßt sich auf weitere Fragen nicht ein, legt sich wieder hin und schläft weiter. Mittags erweist er sich dann über Ort und Zeit orientiert und gibt in zusammenhängender Weise Auskunft. Das Gesicht ist stark gerötet, die Augenbindehaut injiziert. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, ist stark belegt, wogt. Die Hände zittern stark; es besteht foetor alcoholicus. Die Höhe des Nasenrückens und die beiden unteren Orbitalgegenden sind rötlich suffigiert. Über dem Nasenbein befindet sich ein kleiner Schorf.

Über die Vorgänge, die zu seiner Einlieferung führten, macht Karl folgende Angaben: „Seit etwa fünf Monaten habe ich wahrgenommen, daß Leute mit einem fremden Schlüssel ein und ausgingen; und zwar habe ich das nicht mit eigenen Augen gesehen, sondern ich lag dann immer im Halbschlummer, es war stets im ersten Teil der Nacht. Es war mir, als ob mir die Schlüssel unter dem Kopfkissen weggezogen wurden. Außerdem habe ich seit Weihnachten eine elektrische Lampe; an dieser fehlte plötzlich Anfang Januar ein Element zur Batterie; oft verschwanden sämtliche Streichhölzer oder waren gegen minderwertige vertauscht. Auf meinem Schreibtisch waren alle Gegenstände verstellt. Wenn wir in der letzten Zeit morgens wach wurden, waren wir wie gelähmt und so müde, wie niemals vorher. Diese Vorgänge haben mich in eine gewisse Erregung gebracht, besonders da die Geschwister dieselben Beobachtungen machten. Wer es zuerst gesehen hat, weiß ich nicht mehr; doch kann ich es sicher sagen, daß ich es nicht war. Am auffälligsten war das Verhalten unseres Spitzes; denn der hat sich niemals gemeldet, sondern ist stets ganz still geblieben; es ist vielleicht anzunehmen, daß man dem Hunde etwas eingegeben hat. Sonntag habe ich nicht im Bett, sondern auf dem Sofa geschlafen, um die Sache festzustellen; ich habe aber nichts bemerken können. Montag abend ging ich mit der Schwester und dem Hund zur Wache und erzählte dort, daß man jede Nacht versuche, bei uns mit Nachschlüssel hereinzukommen; Gestalten habe ich niemals in der Wohnung gesehen, während die Schwester in ihrer Narkose wahrnahm, wie Gestalten ihr die Schlüssel in der Nacht aus der Tasche nahmen und Schränke aufschlossen. Das bestätigt auch mein Bruder, doch hat er niemals etwas von Narkose empfunden. Auf der Polizei sagte man, wir sollten am nächsten Tage wiederkommen. Wir wollten zuerst nach einem Hotel gehen, begaben uns aber doch nach Hause, da sich das Dienstmädchen sonst ängstigen würde; wir aßen darauf etwas und lasen Zeitung. Eine Stunde darauf kam auch der Bruder, der sich gleich aufs Sofa legte. Gegen Mitternacht bliesen wir das Licht aus und blieben auf den Sesseln sitzen. Die Türen waren beide geschlossen; da klappte unten die Haustür und gleich darauf war es, als wenn mit einem Nachschlüssel jemand unsere Tür öffnen wollte. Als wir nachsahen, war niemand zu finden; wir ließen dann die Zimmertür halb geöffnet, bemerkten aber nichts. Nach einiger Zeit sahen wir einen ganz feinen Lichtschatten an der Tür und hörten ein Rasseln am Schloß der Flurtür. Als wir aufmachten, glaubten wir einen Schatten ge-

sehen zu haben, der herabließ. Wir haben sofort Keller und Hof abgesucht, aber niemand finden können. Darauf ging der Bruder mit einem Säbel bewaffnet nach unten und blieb dort im Dunkeln stehen; wir andern blieben im Zimmer. Auf einmal hörten wir auf der Treppe einen furchtbaren Radau, gingen mit der Lampe heraus und sahen, wie zwei Männer sich prügeln, das war mein Bruder und ein fremder Mann, der letztere schlug, als ich versuchte, die beiden auseinanderzubringen, mit dem Regenschirm auf mich ein; ich hatte dabei einen Gegenstand in der Hand; was es gewesen ist, weiß ich nicht. Die Schwester stand mit dem Dienstmädchen auf dem Balkon und rief um Hilfe; dies spielte sich alles in der Nacht zum Dienstag ab. Gegen neun Uhr morgens wurden wir verhört, aber erst abends zur Wache gebracht und von dort in die Anstalt.“

Die körperliche Untersuchung zeigt auch bei dem jüngeren Bruder keine Krankheitserscheinungen: er ist im Vergleich zu Gustav schwächlich gebaut und mäßig ernährt.

Auffallende Ergebnisse hat dagegen die Intelligenzprüfung. Obwohl feststeht, daß Karl eine Bürgerschule bis zur ersten Klasse besucht hat, zeigen seine Kenntnisse derartige Lücken, daß sie nicht mehr auf ein einfaches Vergessen bezogen werden können. Er meint, Kaiser Wilhelm I. sei 1881 gestorben, gibt dann die Regierungszeit Friedrichs III. zuerst richtig an; als er nun sagen soll, welche Regierung von 1881 bis 88 gewesen sei, weiß er sich gar nicht zu helfen und gibt schließlich zu, daß er es nicht wisse. Ebenso sind auch seine Vorstellungen von den gegenwärtigen politischen Verhältnissen in Deutschland ganz ungenügend. Wie schon das oben erwähnte Beispiel von Wilhelm I. und Friedrich III. ergibt, ist er völlig außerstande, auch nur den einfachsten logischen Schluß zu ziehen. Dies wurde besonders deutlich, wenn man mit ihm seinen Bericht über die Vorgänge vor seiner Überführung in die Anstalt durchging. Er vermochte sich nicht zu sagen, daß im Ernstfalle Diebe oder Detektivs völlig anders vorgegangen wären; er sah nicht ein, daß seine Beobachtung mit der elektrischen Lampe jeder Beweiskraft entbehrte. Als bemerkenswertes Gegenstück zu diesem Verhalten ist hervorzuheben, daß er selbst schwierigere rein mechanische Rechenaufgaben auffallend leicht und schnell löste, während er bei einer ganz einfachen Zinsrechnung völlig versagte.

Schon nach einigen Tagen begann Karl an der Richtigkeit seiner Ideen zu zweifeln; es sei möglich, daß das Klopfen und Klingeln vom Bäckerjungen und der Straßenbahn herrührte. Auf die Frage, wie er dazu kam zu glauben, daß Räuber jede Nacht die Wohnung beträten, antwortete er: „Weil der Bruder im Schlaf ein paar Mal aufwachte und rief ‚Wer da‘; er sagte, es müsse jemand da sein; der hat wohl wieder Stimmen gehört; auch Gestalten will er gesehen haben, ich habe aber keine bemerkt. Wenn der Bruder früher sagte, daß einer da gewesen sei, so habe ich geantwortet: ach was, das kann nicht sein. Ich sagte mir, wie kann denn das möglich sein, daß einer so spät kommt und auch wieder weggeht. Ich bin erst davon über-

zeugt worden, als in der letzten Nacht jemand am Schlüsselloch war; da sah ich nach und fand, daß das Element in der elektrischen Batterie, die Streichhölzer fehlten; verschiedene Sachen waren umgestellt. Meine Schwester bestätigte die Beobachtungen des Bruders in den letzten Tagen und sagte, es habe ihr jemand etwas unter die Nase gehalten, so daß sie betäubt worden sei.“

Nach achtzehntägigem Anstaltsaufenthalt wurde Karl entlassen. Er behauptete zuletzt bestimmt, daß der Bruder zuerst Beobachtungen von nächtlichen Einbrüchen mitgeteilt habe und zwar im Oktober 1903; derselbe habe Klappern mit Schlüsseln gehört und habe Leute ein- und ausgehen sehen. Er selbst habe sich damals nicht darum gekümmert und ruhig weiter geschlafen. Doch habe der Bruder, der im übrigen äußerst schweigsam und zurückhaltend gewesen sei, mit Andeutungen über diese nächtlichen Störungen nicht nachgelassen und sei immer bestimmter damit aufgetreten. Anfang Januar d. J. sei er nun, um diese Dinge zu prüfen, einmal des Nachts wach geblieben und habe dann, während er sich begreiflicherweise in ziemlicher Erregung befand, auch ein leises Klingeln an der Tür wahrgenommen. Seit dieser Nacht habe er begonnen, den Worten seines Bruders Glauben zu schenken und habe dann in den folgenden Nächten auch noch eine Anzahl weiterer Beobachtungen gemacht.

Die Schwester dieser beiden, Elise, ist jetzt 33 Jahre alt; sie leitet seit 1894 ein Schnittwarengeschäft selbständig. Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie sehr ängstlich und gab etwas zögernd Auskunft, da sie befürchtete, unrichtiges zu sagen. Auch sie habe erst in den letzten Tagen vor der Überführung bemerkt, daß nachts an den Türen geschlossen wurde, und jemand versuchte in die Wohnung einzudringen; sie habe meist fest geschlafen. Nur in der Nacht vom Sonntag zum Montag habe sie gesehen, wie sich die Stubentür bewegt habe, und jemand einen Stock ins Zimmer gesteckt habe; als sie sich bewegte im Bett, sei der Stock verschwunden. Wertsachen oder Geld sei ihnen nie genommen worden; auch habe sie nie bemerkt, daß die Sachen in Unordnung gekommen seien. Nur seien einmal alle Streichhölzer in der Wohnung verschwunden und dann habe der jüngere Bruder bemerkt, daß seine elektrische Lampe zerstört sei.

Die Vorgänge in der durchwachten Nacht erzählt Elise ebenso wie der Bruder Karl; insbesondere weiß sie nichts davon, daß Karl laut aufgeschrien habe, und daß deshalb Gustav, der unten auf der Treppe den Einbrecher erwartete, nach oben bis zum Boden gelaufen sei.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt das schon stark ergraute Kopfhair auf, im übrigen kein abweichender Befund.

Die Intelligenzprüfung ergibt bei Elise zwar eine ziemlich gute Schul- und allgemeine Bildung, jedoch tritt in der Unterhaltung eine gewisse Urteilschwäche hervor, die sich sehr wohl mit der des jüngeren Bruders vergleichen läßt, nur daß sie geringer ist. Dementsprechend vollzog sich die Auflösung der wahnhaften Gebilde bei ihr noch schneller.

Schon gleich am ersten Tage nach der Aufnahme scheint es ihr zweifel-

haft, ob wirklich derartige Dinge in ihrer Wohnung vorgefallen seien; es könne auch alles auf Einbildung beruhen. Über das Verhalten der Brüder in der letzten Zeit vor der Einlieferung gibt sie wenig Auskunft, meint, sie habe schon alles gesagt. Sie gibt zu, daß ihr Bruder Gustav sonderbar sei, auch habe er schon längere Zeit darüber geklagt, daß seine Sachen nachts in Unordnung gerieten. Erst durch die Erzählungen des Bruders veranlaßt, habe sie aufgepaßt und dabei das Klappern am Schlüsselloch zu merken geglaubt. Fragte man sie dann aber geradezu nach den Wahnideen ihres Bruders, so erröthete sie zwar und wurde verlegen, behauptete aber mit aller Entschiedenheit, daß sie von diesen Dingen, insbesondere von der Rolle des Tierarztes in den Vorstellungen Gustavs gar keine Kenntnis gehabt habe.

Nach einem dreiwöchigen Anstaltsaufenthalt wurde Elise entlassen.

Zugleich mit den drei Geschwistern wurde das im Haushalt beschäftigte Dienstmädchen eingeliefert. Sie bot bei genauester Untersuchung nicht die geringsten Zeichen einer geistigen Störung dar und konnte sehr bald als nicht geisteskrank entlassen werden. Sie hat vorher nie etwas besonderes bemerkt; erst als Karl und Elise am 11. Januar abends von der Polizei zurückkamen, hat sie etwas von den angeblichen nächtlichen Ereignissen erfahren; sie habe sich sehr geängstigt, und nur aus Zuneigung zur Herrschaft habe sie mitgewacht. Der Postassistent sei ihr immer sonderbar vorgekommen; auf die Idee, daß er geisteskrank sei, ist sie nicht gekommen. Die Schilderung der Ereignisse in der durchwachten Nacht stimmt mit den von Karl und Elise überein; nur erzählt das Mädchen, daß, als Gustav nach Hause kam, sie alle drei aufgeschrien hätten, und daß Karl auf ihn als den vermeintlichen Einbrecher losging, ihn aber sofort erkannte.

Von den vier Personen, über die wir soeben berichtet haben, ist der zuerst geschilderte Gustav deutlich geisteskrank; sein ganzes Gebahren ist das eines Halluzinanten. Er glaubt sich von dem Tierarzt verfolgt; derselbe habe Erlebnisse des Kranken öffentlich erzählt; diese könne er nur aus Papieren erfahren haben, welche im Schreibtisch aufbewahrt würden. Gustav hörte nachts Schließgeräusche an den Türen, sah Gestalten, welche sich an seinen Briefschaften zu schaffen machten. In der Nacht vor der Einlieferung hatte er verschiedene Sinnestäuschungen (die Hilferufe des Bruders, die fliehende Gestalt, die er angeblich bis auf den Boden verfolgt habe); dies berichtet er allein, alle übrigen wissen nichts davon. In dem Wahn, ein Einbrecher befinde sich im Hause, griff Gustav den Beamten an, der, da es morgens vier Uhr war, möglichst ohne Lärm die Treppe herabkam. Und selbst, als er auf seinen Irrtum aufmerksam gemacht wurde, war er nur schwer von seinem Opfer zu trennen. Auch das

Verhalten in der Anstalt deutet auf das Bestehen von Sinnes-täuschungen hin; er hört ärztliche Anordnungen, die in Wirklichkeit nicht getroffen sind, spricht im leeren Zimmer halblaut vor sich hin, macht Abwehrbewegungen usw.

Die beiden anderen Geschwister bieten ein ganz anderes Bild dar; sie haben, so lange sie in der Anstalt waren, nie Sinnes-täuschungen gehabt. Ihre Wahnideen blaßten sofort ab, nachdem die Trennung vom Bruder stattgefunden hatte, um zurzeit fast gar nicht mehr nachweisbar zu sein.

Welcher Zusammenhang besteht nun zwischen der Erkrankung des Gustav und der seiner Geschwister? Welche Art psychischer Infektion hat hier stattgefunden? In seiner eingehenden Veröffentlichung über psychische Infektion hebt *Wollenberg*¹⁾ vier verschiedene Möglichkeiten der Übertragung psychischer Krankheiten hervor. Im ersten Falle, dem echten induzierten Irresein (*folie communiquée*), findet eine eigentliche Übertragung der Geistesstörung statt, derart, daß der Ersterkrankte sein Wahnsystem dem Zweiterkrankten überträgt, das dieser dann nach eigenem Sinn weiter ausgestaltet. Im zweiten Fall glaubt der Zweiterkrankte die Wahnideen des Ersterkrankten, um sie fallen zu lassen, sobald die Beeinflussung ein Ende erreicht. Die französischen Forscher bezeichnen dies mit dem Namen „*folie imposée*“. Drittens kann die Geistesstörung des Zweiterkrankten derjenigen der Ersterkrankten anfangs sehr ähnlich sehen, um dann schließlich aber einen völlig anderen Verlauf zu nehmen. Viertens endlich ist es denkbar, daß unter dem Zwange derselben ungünstigen Verhältnisse mehrere Mitglieder einer Familie zur selben Zeit an derselben Geistesstörung erkranken, ohne daß dem einen oder dem anderen die Rolle des *primus motor* zufiele. Es ließe sich darüber streiten, ob die dritte Möglichkeit wirklich streng genommen in das Gebiet der psychischen Infektion gehört. Jedenfalls ist von vornherein ersichtlich, daß diese bei unserem Falle ausgeschlossen ist. Die Besserung ist bei der Schwester und dem jüngeren Bruder eine so erhebliche, daß von einer selbständigen, weiter wirkenden Psychose nicht die Rede sein kann.

¹⁾ l. c.

Es würde sich also darum handeln, festzustellen, ob eine von den übrigen drei Formen in diesem Falle paßt, oder ob er Eigentümlichkeiten zeigt, welche die Aufstellung einer neuen Form wünschenswert macht.

Um zuerst auf die letzte Kombination, die *Wollenberg* anführt, einzugehen, nämlich gleichzeitige unabhängige Erkrankung mehrerer Familienmitglieder infolge derselben Gelegenheitsursachen, so ist es leicht nachzuweisen, daß bei den Geschwistern Sch. etwas derartiges nicht stattgefunden hat. Im Gegenteil sagen die Schwester und der jüngere Bruder übereinstimmend aus, daß sie erst Anfang Januar durch die fortwährenden Bemerkungen ihres Bruders allmählich dahin gebracht seien, die nächtlichen Einbrüche und Beobachtungen für möglich zu halten. Von dem älteren Bruder hingegen steht es fest, daß er schon im Oktober vorigen Jahres, als nämlich der Termin in der Vormundschaftsangelegenheit stattfand, nicht nur Sinnestäuschungen des Gehörs hatte, sondern auch diesen gegenüber sich kritiklos verhielt und ein Verfolgungswahnsystem aufbaute, dem vielleicht sogar Größenvorstellungen angehaftet haben. Somit kann von einem gleichzeitigen Entstehen der Krankheit bei den drei Geschwistern nicht geredet werden, abgesehen davon, daß die klinische Erscheinungsform eine völlig verschiedene war.

In gleicher Weise wird es nicht schwer, den Beweis zu führen, daß *Wollenbergs* erste Abart bei den Geschwistern auch nicht bestand. Denn die beiden jüngeren haben nicht einmal das System des älteren Bruders ganz übernommen, sondern nur in Bruchstücken, geschweige denn, daß sie, nachdem die Trennung von ihrem Bruder vollzogen war, dessen Wahnideen beibehalten und weitergesponnen haben.

Am nächsten kommt wohl unser Fall der zweiten Modifikation *Wollenbergs*, der folie imposée der französischen Autoren. Der Vorgang hat sich wirklich so abgespielt, daß der Ersterkrankte dem Zweiterkrankten seine Wahnideen aufdrängt, die dieser kritiklos übernimmt, um sie umso schneller wieder fallen zu lassen, sobald der Einfluß des Ersterkrankten wieder aufhört. Nur kann man bei dem älteren Bruder nicht behaupten, daß er der intelligentere, lebhaftere und energischere Teil der Familie gewesen sei.

Im Gegenteil gewinnt man aus den Erzählungen der Geschwister und einiger Hausbewohner den Eindruck, daß Gustav seit Jahren schon ein seltsam zurückgezogenes und gleichgültiges Wesen gezeigt hat, daß er seinen Dienst wohl versah, ihm aber kein Interesse entgegenbrachte, daß er auch den häuslichen Angelegenheiten gegenüber ohne rechte Anteilnahme war. Wenn man die Geschwister reden hört, so scheint es vielmehr, daß die Geschwister ihn geleitet haben, und nicht umgekehrt er die Geschwister. Umso auffallender ist es nun, daß die beiden jüngeren Geschwister trotzdem seine Mitteilungen nach einigen flachen Widerstandsversuchen glatt hinnahmen und danach handelten, daß sie keineswegs das ganze Wahnsystem, also die Absicht des Tierarztes, dem Bruder zu schaden, erfuhren, sondern der Bruder ihnen nur sagte, daß er mehrmals Einbrecher in der Wohnung gesehen habe und glaube, daß mehr oder minder jede Nacht die Wohnung durchsucht und umgewühlt würde. Während daher der ältere Bruder in der Anstalt sagte, daß er befürchtet habe, es würden ihm gewisse Papiere ausgekundschaftet und gestohlen, waren die beiden anderen nur von einer allgemeinen Furcht vor Räubern und Einbrechern befangen und glaubten, daß man es auf ihre Wertsachen und ihr Geld abgesehen habe. Dies Verhalten des jüngeren Bruders und der Schwester läßt sich nur erklären, wenn man einen gewissen Grad von Schwachsinn bei ihnen annimmt. Die große Fülle von Einwüfen, die sich jeder Gesunde in diesem Falle gemacht hätte, insbesondere den einen, daß kein Einbrecher, obwohl er nicht gestört wurde, mehrmals das Feld seiner Tätigkeit verlassen wird, ohne etwas Entsprechendes mitzunehmen, machen sie sich überhaupt nicht, sondern leben sich immer tiefer in ihre Diebesfurcht hinein. Diese Imbezillität, welche man somit von vornherein bei den Geschwistern erwarten mußte, fand sich nun auch wirklich bei der Intelligenzprüfung deutlich ausgeprägt. Obwohl Elise und Karl es beide verstanden haben, zu guten und entsprechenden Lebensstellungen zu kommen, lassen sich doch leicht ziemlich erhebliche Intelligenzdefekte nachweisen, insbesondere ist es ihnen unmöglich, auch nur den einfachsten logischen Schluß zustande zu bringen. Ebenso suchen sie dem Arbeiten mit abstrakten Dingen möglichst aus dem Wege

zu gehen, machen Fehler, wenn sie nach etwas Derartigem gefragt werden, und leiten das Gespräch auf etwas Konkretes. Wenn man mit ihnen die Entstehung ihrer Vorstellung über die nächtlichen Einbrüche durchgeht, so zeigt sich, daß sie genau wieder dieselben logischen Fehler in ihre Überlegungen einfließen lassen. Wenn die Kenntnisse der Schwester auch im ganzen gute genannt werden können, so weist Karl auch hierbei sogar erhebliche Lücken auf, wie oben bei Besprechung seines Verhaltens eingehend ausgeführt wurde.

Über die Rolle der Statistik in den Jahresberichten der Irrenanstalten.

Von

A. Koller, II. Arzt, Asile de Cery, Lausanne.

(Hierzu Tafel IV.)

Es ist ein ganz allgemeiner Brauch geworden, die Jahresberichte der Irrenanstalten mit einer mehr oder minder stattlichen Reihe von statistischen Tabellen auszustatten. Nur wenige Anstalten lassen dieselben ganz weg und geben nur die notwendigsten Zahlenangaben über ihre Bevölkerungsbewegung. Sehr viele machen umgekehrt die statistischen Tabellen zum Hauptteil ihres Berichts, welchem einige knapp gehaltene Mitteilungen fast nur in Form von Erklärungen zu den Tabellen beigegeben sind.

Was ist denn eigentlich der Zweck eines Anstaltsjahresberichtes? Wir wollen im folgenden nur die öffentlichen Irrenanstalten ins Auge fassen. Ihr Jahresbericht soll in erster Linie den vorgesetzten Behörden, welche jährlich der Anstalt ihre Kredite zu bewilligen haben, ein Bild geben über den Gang der Anstalt; er soll ihnen zeigen, in welcher Weise dieselbe als ein Glied der öffentlichen Krankenfürsorge tätig ist, wie die einzelnen Landesbezirke die Anstalt benutzen und wie die zur Verfügung gestellten Geldmittel Verwendung gefunden haben. Wir können uns deshalb nicht verwundern, daß in der großen Mehrzahl der Anstaltsberichte¹⁾ die Berichte der Anstaltsverwaltung einen

¹⁾ Es lagen mir die neuesten Berichte des schweizerischen und des Großteils der dem Verein zum Austausch der Jahresberichte angehörenden meist deutschen Anstalten vor.

breiten Raum einnehmen. Es gibt Berichte, wo wir nicht nur erfahren, wie die Ausgaben sich im Detail auf die einzelnen Posten verteilen, welche Nahrungsmittel konsumiert wurden und wie der Stand der Landwirtschaft im allgemeinen ist; gewissenhaft wird uns aufgezählt, wieviel Eier die Hühner gelegt haben, wieviel Aren Landes mit Roggen, wieviel mit Hafer bepflanzt waren, und es ist im Berichte genau registriert, wenn ein Schwein zugrunde gegangen ist oder wenn ein Pferd hat verkauft werden müssen. Von den Kranken wird im gleichen Berichte angegeben, wieviele aufgenommen worden, wieviele ausgetreten und gestorben sind; wenns gut geht, teilt man uns noch mit, woher die Aufgenommenen stammten, wie lange die geheilt Entlassenen in der Anstalt verweilt und an welchen Krankheiten die Verstorbenen gelitten haben. Berichte in der Art des eben charakterisierten erwecken bei den Irrenärzten denen sie zugesandt werden, freilich kein großes Interesse. Sie werden kaum durchblättert und entweder in den Papierkorb geworfen oder pietätvoll aufbewahrt, um im Staube zu vermodern.

Die Tatsache, daß so zahlreiche Anstalten sich vereinbart haben, einander gegenseitig ihre Berichte zuzusenden, spricht aber doch dafür, daß sie mit der Veröffentlichung ihrer Jahresberichte noch einen anderen Zweck zu verfolgen suchten, als einfach den, ihren vorgesetzten Behörden einen vor allem verwaltungstechnischen Rechenschaftsbericht zu erstatten. Ihre Absicht ist doch offenbar die, auch den Fachkollegen Einblick in den Gang ihrer Anstalt zu verschaffen und vor ihrem kompetenten Forum die Vorzüge und Mängel der Anstalt und ihres Betriebes auseinander zu setzen.

Was interessiert denn am Jahresbericht einer anderen Anstalt den Irrenarzt am meisten? Wenn man die Berichte durchmustert, sollte man meinen, es wären die statistischen Tabellen, welche in erster Linie für den ärztlichen Fachmann bestimmt sind. Da wimmelt es ja von lateinischen Namen, von künstlichen Rubrizierungen, daß man kaum verlangen kann, daß der Laie sich ohne besonderes Studium in denselben zurechtfinden könne. Will man nicht behaupten, die statistischen Tabellen seien als Decorum gerade für die Laienwelt, welche sie nicht verstehen

kann, in den Bericht hineingebracht, so bleibt in der Tat kein anderer Schluß übrig, als anzunehmen, sie seien dem ärztlichen Leser zur Kenntnisnahme und Erbauung zugedacht. Erreichen sie in Wirklichkeit dieses Ziel? Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich meine persönlichen Erfahrungen, welche durch mündliche Mitteilungen zahlreicher Kollegen bestätigt sind, verallgemeinere und behaupte, daß die statistischen Tabellen der Jahresberichte von den Irrenärzten in der Regel nicht einmal angesehen, geschweige denn studiert werden. Und doch erfordert ihre Zusammenstellung selbst für kleinere Anstalten mit mäßiger Bevölkerungsbewegung eine ziemliche Mühe und Geduldsarbeit. Der Grund der Teilnahmslosigkeit des Psychiaters den statistischen Tabellen der Jahresberichte gegenüber ist leicht einzusehen. Es ist eine allgemein zu beobachtende Tatsache, daß man größeren nackten Zahlenzusammenstellungen, in welchem Zusammenhang sie auch vorkommen, gern aus dem Wege geht. Sie zeigen dem Leser in der Regel nicht auf den ersten Blick, was sie sagen sollen und da zieht man vor, im Texte weiter zu lesen in der Hoffnung, daselbst die Auseinandersetzung dessen zu finden, was die Zahlenreihen darstellen sollten. Bei vielen der in den Anstaltsberichten aufgeführten Tabellen wird zudem der Fehler begangen, auf einer Tabelle zu viele Beziehungen darstellen zu wollen. Die Tabelle wird dadurch kompliziert und schwer verständlich. Endlich ist sich eben jeder Fachmann darüber klar, daß diese jährlich wiederkehrenden Tabellen im Grunde genommen herzlich wenig sagen. Ihre Zahlen sind viel zu klein und in mancher Hinsicht mehr oder weniger subjektiver Natur. Wie wenig ist oft die Diagnose, der Nachweis und der Grad der Erblichkeit, die Krankheitsdauer vor der Aufnahme, die veranlassende Ursache der Krankheit gesichert und doch werden die Kranken sorglos nach diesen Momenten eingeteilt, es werden sogar die prozentischen Verhältnisse ausgerechnet und als sichere wissenschaftliche Errungenschaft hingestellt. Die medizinische Wissenschaft im allgemeinen, nicht zum wenigsten aber die Psychiatrie, begeht da jeden Augenblick die größten Verstöße gegen die elementarsten Forderungen der statistischen Wissenschaft. Die Folge davon ist einerseits, daß alle möglichen unbewiesenen

Zahlenangaben in wissenschaftlichen Arbeiten und Lehrbüchern herumspuken und zu falschen Schlüssen verleiten, und anderseits, daß klarer denkende Köpfe statistischen Arbeiten gegenüber einen Skeptizismus an den Tag legen, welcher einer gründlichen und fruchtbaren Benutzung der Statistik im Studium medizinischer und psychiatrischer Probleme recht hemmend im Wege steht.

Aus dem vorher gesagten folgt, daß die statistischen Tabellen, wie wir sie in der Regel als Anhang oder gar als Grundstock der Jahresberichte der Irrenanstalten kennen, in ihrer gewöhnlichen Form nichts taugen. Sie werden nicht gelesen, haben weder wissenschaftlichen noch praktischen Wert und verursachen doch dem Verfasser eine nicht unerhebliche Mühe und Arbeit. Sie werden daher am besten fallen gelassen. Die Anstalten sollten jährlich nur die wichtigsten Angaben über Bestand, Zuwachs- und Abgangsverhältnisse usw. wie bisher mitteilen und alle 5 oder 10 Jahre oder sogar über noch größere Zeiträume zusammenhängende statistische Tabellen veröffentlichen. *Hagen*¹⁾ hat einen solchen außerordentlich fleißig ausgearbeiteten und höchst bemerkenswerten statistischen Bericht über die 25 ersten Betriebsjahre der Irrenanstalt Erlangen geschrieben. Seither sind von verschiedenen Anstalten separat oder im Anhang zu den Jahresberichten zusammenfassende statistische Mitteilungen über ihre Bevölkerungsbewegung in größeren Zeiträumen gemacht worden. Ich²⁾ habe vor zwei Jahren über 20 Betriebsjahre der Irrenanstalt Cery berichtet und durch graphische Darstellungen die Bevölkerungsbewegung in diesem Zeitraum in verschiedener Hinsicht anschaulich gemacht. Die großen Zahlen, welche man in derartigen zusammenfassenden Arbeiten zur Verfügung hat, kompensieren die zufälligen Schwankungen und Abweichungen, welche bei kleinen Zahlenverhältnissen die Resultate merklich stören, oft ganz entstellen müssen. In Anstalten, wo, wie es heutzutage die Regel ist, für jeden ein- und austretenden

¹⁾ *F. W. Hagen*, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlangen 1876.

²⁾ *A. Koller*, Statistique démographique et pathologique de l'asile de Cery de 1881—1900. — Zeitschrift für schweiz. Statistik 1903 und Statistique du Canton de Vaud. V. livraison.

Kranken Zählkarten ausgefüllt werden, kann bei sorgfältiger und gewissenhafter Ausfüllung derselben, am besten durch den Anstaltsdirektor selbst, ein statistisches Material gesammelt werden, das mit den entsprechenden Erläuterungen auch zur Darstellung von Verhältnissen Verwendung finden kann, bei deren zahlenmäßiger Fixierung das subjektive Ermessen des Arztes eine gewisse Rolle gespielt hat. Sehr vorteilhaft ist es, größere statistische Tabellen durch Beigabe von graphischen Darstellungen anschaulicher zu machen. Dieselben kondensieren in augenfälliger Form die Ergebnisse der Tabellen und machen letztere dadurch dem Verständnis leichter zugänglich.

Einige Provinzen und Länder haben seit mehreren Jahren es unternommen, über das Irrenwesen ihres Bezirkes gesamthaft zu referieren. Ich erwähne die Provinzen Brandenburg, Westfalen, die Rheinprovinz, das Königreich Sachsen, Württemberg, Niederösterreich und Ungarn. Die diesen Berichten beigegebenen statistischen Zahlen betreffen zwar nur je ein Jahr; weil sie aber die Krankenziffern mehrerer Anstalten zusammenfassen, so spielen in ihnen wie bei den mehrere Jahre betreffenden Statistiken einer Anstalt zufällige Schwankungen keine das Gesamtergebnis wesentlich störende Rolle. Dadurch haben diese Zusammenstellungen einen bedeutend höheren statistischen Wert als die für jede einzelne Anstalt jährlich genommenen Zahlen. In der Schweiz werden die Mutationen im Bestand der öffentlichen Irrenanstalten vierteljährlich und jährlich vom eidgenössischen statistischen Bureau zusammengestellt und im sanitär-demographischen Wochenbulletin veröffentlicht. -- Einer in alle Details gehenden Bearbeitung der Zählkarten verschiedener Irrenanstalten steht bis jetzt und noch für lange Zeit der schon öfter erwähnte Umstand entgegen, daß viele der in den Zählkarten zum zahlenmäßigen Ausdruck gebrachten Momente mehr oder weniger von der subjektiven Beurteilung des betreffenden Arztes abhängen. Eine vom gleichen Arzte während mehrerer Jahre gemachte Statistik, wie ich sie weiter oben gefordert habe, hat darum einen größeren Wert, namentlich, wenn der Berichtersteller nicht vergißt, seinen Standpunkt sorgfältig zu präzisieren.

Wenn wir die jährlich wiederkehrenden Statistiken in den Jahresberichten der Irrenanstalten ablehnen, was sollen dieselben denn sonst für den Fachkollegen Lesenswertes bringen? Den mit den persönlichen Verhältnissen der Anstalt Bekannten werden die Mutationen im ärztlichen Personal interessieren; jeder Irrenarzt wird gerne lesen, was für Neu- und Umbauten gemacht worden, wie dieselben eingerichtet sind und wie sich besondere Neuerungen bewähren.

Dergleichen Sachen kommen aber nicht alle Jahre vor. Ein Thema das dagegen alljährlich besprochen werden kann und worüber jeder Psychiater, welcher eine fremde Anstalt besucht, sich orientieren möchte, das ist die allgemeine Art und Weise des ärztlichen Betriebes der Anstalt. Gerade in der Gegenwart, wo an allen Irrenärztersammlungen über Bad- und Bettbehandlung der Geisteskranken gesprochen wird, wo sich immer zahlreichere Stimmen gegen die Anwendung der Isolierung aussprechen, wo man mit Nachdruck auf den therapeutischen Wert der Beschäftigung, namentlich für chronische Kranke hinweist, muß es als ein Bedürfnis für den praktischen Irrenarzt bezeichnet werden, Aufklärung zu erhalten, wie andere Anstalten die Behandlung ihrer Kranken durchführen und welche Resultate sie erreichen. Ich gebe gerne zu, daß manche Anstaltsberichte uns hierüber einzelne Mitteilungen machen. Da erfahren wir, daß man „mit der Anwendung der Dauerbäder sehr zufrieden“ sei. Dort, daß „die Bettbehandlung immer weiter ausgedehnt“ werde, an einem andern Orte, daß „nur noch wenige Isolierungen vorkommen“ und daß es mit vieler Mühe gelungen sei, „den Prozentsatz der arbeitenden Kranken zu erhöhen“. Gelegentlich werden auch Zahlen zur Bekräftigung solcher Behauptungen angegeben. Was wir aber mit ganz verschwindenden Ausnahmen nicht erfahren, das ist das Verhältnis der einzelnen Behandlungsfaktoren zu einander und zum Gesamtkrankenbestand.

Ich habe für die Anstalt Cery die entsprechenden Zahlen für die Wintermonate 1903/04 berechnet und zwar so, daß ich bei Männern und Frauen und nachher bei der Gesamtbevölkerung für jeden Monat den mittleren Bestand und den Gesamtzugang ermittelte, ferner die tägliche, mittlere absolute Anzahl der Isolierungen, der mit Narkoticis behandelten Kranken, der in

Bett- und Badbehandlung befindlichen und der arbeitenden Patienten berechnete und für jede Kategorie noch das prozentische Verhältnis zum mittleren Monatsbestand hinzufügte. Aus der Summe der sechs Wintermonate habe ich noch das Mittel gezogen und mit Angaben aus andern Anstalten in eine vergleichende Tabelle zusammengestellt. Die angeführten Rubriken scheinen mir ziemlich alles zu umfassen, was statistisch über den ärztlichen Betrieb mit genauen, von keiner subjektiven Beurteilung abhängigen Zahlen — und darauf lege ich einen besonderen Wert — dargestellt werden kann. Sie geben uns ein anschauliches Bild, wie in einer Anstalt die Behandlung durchgeführt wird.

Ohne weitere Erklärung freilich lassen sie einen Vergleich mit den Resultaten anderer Anstalten nicht zu. Die Art des Betriebes, die Ausdehnung, welche der Bad- und Bettbehandlung gegeben werden kann, die Einschränkung, welche die Isolierung in einer Anstalt erfahren darf, hängen eben nicht allein von den Behandlungsgrundsätzen und vom guten Willen des Anstaltsleiters ab. Eine ganze Menge Faktoren spielen da oft eine zwingende Rolle: In einer alten Anstalt können oft ohne kostspielige Umbauten keine richtigen Wachstationen und Einrichtungen für Dauerbäder hergestellt werden. Wo Überfüllung herrscht, ist der Arzt manchmal genötigt, zur Isolierung zu schreiten, weil in Wachsälen und Bädern nicht genügend Platz ist, um dort alle aufgeregten Kranken zu halten; er wird mehr Schlafmittel abgeben müssen, als es in einer Anstalt nötig ist, wo die Schlafgelegenheit der Kranken ohne große Mühe geregelt werden kann. Eine Anstalt für chronische Kranke mit kleiner Aufnahmeziffer wird einen größeren Prozentsatz arbeitender Patienten und weniger bettlägerige Kranke haben als eine Heilanstalt oder Klinik mit kleinem Bestand aber großem Wechsel des Krankenmaterials. Wo Dauerbäder auch des Nachts verabfolgt werden können, wo reichliches gut geschultes Wartepersonal zur Verfügung steht, werden die Isolierungen mehr eingeschränkt werden können, als in Anstalten, welche in dieser Hinsicht weniger günstig gestellt sind. Ein Irrenarzt, welcher ruhige und unruhige Überwachungsbedürftige zusammenlegen muß, wird mehr Narkotika abgeben müssen, als ein anderer, welchem verschiedene Wachsäle zur

Disposition stehen. Wo zahlreiche geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke in einer Anstalt untergebracht sind, werden Isolierungen nicht zu umgehen sein, einzig um die Gefahr des Durchbrennens oder Komplotierung solcher gefährlicher Elemente mit einander zu verhüten. Endlich ist es eine nicht zu leugnende Tatsache, daß das Krankenmaterial verschiedener Anstalten je nach dem Charakter der Bevölkerung, aus welcher es sich rekrutiert, verschieden ist. Wo die Bevölkerung lebhaft, leicht erregbar ist, werden die Patienten mehr Lärm machen und aufgeregter sein als in Anstalten, deren Kranke aus einem mehr torpiden, ruhigen Volksschlag stammen und entsprechend werden im ersteren Falle die therapeutischen Hilfsmittel intensivere Anwendung finden müssen, als im letzteren.

Unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Umstände, welche hervorzuheben und in ihrer Bedeutung für jede Anstalt zu würdigen Sache des die Tabelle begleitenden Berichtes ist, werden statistische Erhebungen der Art, wie ich sie versuchsweise für die Anstalt Cery gemacht habe, für jeden Fachmann Interesse darbieten. Wenn sie über Jahre hinaus fortgesetzt werden, geben sie ein höchst wertvolles Bild über die Durchführung und Entwicklung des ärztlichen Betriebes, über dessen Beeinflussung durch Veränderungen im Krankenbestand, durch bauliche Veränderungen oder auch durch Umwandlungen in der Betrachtungs- und Behandlungsweise der Geisteskrankheiten. Sie geben auch einen Einblick in das Ineinandergreifen der einzelnen Behandlungsfaktoren und zeigen, wie und bis zu welchem Grade der eine den andern vertreten kann. Insbesondere wird es wertvoll sein, zu erfahren, in welchem Maße Vermeidung der Isolierung, Bettbehandlung und ausgedehnte Anwendung prolongierter Bäder die Verabreichung von Schlafmitteln beeinflußt. Im allgemeinen scheint bei Anwendung dieser modernsten Behandlungsprinzipien der Verbrauch der Narcotica eher zu steigen. In einem Wachsaaal, wo unruhige Kranke sich aufhalten, ist es wenigstens nachts häufig nicht anders möglich, den relativ ruhigen Patienten einige Nachtruhe zu sichern als durch Verabfolgung von Schlafmitteln an die aufgeregtesten Kranken. Das ist sehr häufig notwendig, auch nachdem dieselben tagelang im Dauerbad gehalten worden

sind. In Anstalten, welche sich die Durchführung der Bäderbehandlung auch nachts erlauben können, mag es in dieser Hinsicht besser bestellt sein. — Schon vor Jahren haben erfahrene Psychiater eindringlich vor gewohnheitsmäßiger Verabfolgung von Schlafmitteln gewarnt. In Erinnerung an die kaum über Bord geworfenen mechanischen Beschränkungsmittel wurde von einer nicht minder schlimmen „chemischen Zwangsjacke“ gesprochen. Wenn damals Gefahr bestand, so ist dieselbe heute, wo jedes Jahr neue Narkotika auf den Markt bringt, gewiß nicht geschwunden. Die Meinungen gehen ja freilich weit auseinander. Es gibt Ärzte, welche es für unbedenklich, ja für geboten erachten, unruhige Kranke durch reichlich ausgeteilte Schlafmittel zu beruhigen und damit auch den ruhigeren Zimmernachbarn einen ungestörten Schlaf zu sichern. Andere Kollegen setzen ihre Ehre darein, mit einem kleinen Minimum von Narkoticis auszukommen und verpönen die Schlafmittel als schlimmer denn die mechanischen Beschränkungsmittel, weil sie bequemer seien für Ärzte und Wartepersonal und in ihren Wirkungen viel weniger kontrollierbar. Auf jeden Fall ist zu bedenken, daß schwer erregte Kranke recht beträchtlicher Dosen von Narkoticis bedürfen, besonders wenn solche längere Zeit nach einander verabreicht werden, um zur Ruhe oder gar zum Schlaf zu gelangen. Da diese aufgeregten Kranken häufig heilbare Fälle sind, ist der behandelnde Arzt doppelt verpflichtet, bei der Verordnung von Beruhigungsmitteln sich Rechenschaft zu geben, ob er damit auch dem Kranken einen Dienst tue oder ob er wenigstens von zwei Übeln das kleinere wähle. Wir dürfen insbesondere von dem Irrenarzte, welcher einer weitgehenden Einschränkung der Isolierung, womöglich einer Aufhebung derselben das Wort redet, Auskunft verlangen, wie es denn bei ihm mit der Verabreichung von Schlafmitteln stehe, ob er nicht den Teufel mit den Beelzebub ausgetrieben und die festen Schlösser der Zellentüren ersetzt habe durch die sanften aber nicht minder starken Bande der Narkose.

Sehen wir uns nun die Tabellen von Cery näher an. Die Anstalt ist die einzige staatliche Irrenanstalt des Kantons Waadt, welcher im Jahre 1900 eine Bevölkerungszahl von 285050 Seelen aufwies. Dieselbe verteilt sich auf die Stadt Lausanne mit

ca. 50000 Einwohnern und einen größeren Landbezirk in welchem neben Weinbau und Landwirtschaft teilweise lebhaftes Industrie betrieben wird. Der Waadtländer gilt im ganzen als bedächtig und gutmütig. Die Anstalt wurde 1873 eröffnet, ist nach dem Korridorsystem gebaut und war für 350 Kranke berechnet. Über die Bevölkerungsbewegung der Anstalt verweise ich auf meine weiter oben zitierte Arbeit. Im Jahre 1899 wurde auf der Männer- und Frauenseite aus einigen aneinander stoßenden Schlafräumen mit zugehörigem Korridor, Spülküche usw. je eine Wachstation eingerichtet. Dieselbe besteht aus einem Wachsaal mit 9 Krankbetten, zwei anstoßenden Zimmern zu 6 und 4 Betten und einem ebenfalls anstoßenden offenstehenden Einzelzimmer. Ein von dem als Tagraum dienenden Korridor aus zugänglicher Saal zu 9 Betten, in welchem nachts ein Wärter schläft, dient mehr für körperlich kranke Patienten. 1901 und 1902 folgte die Eröffnung von kleinen Wachabteilungen für unruhige Kranke ebenfalls durch Umgestaltung schon früher vorhandener Räumlichkeiten. Dadurch konnten die zuerst eingerichteten Wachstationen für überwachungsbedürftige ruhige Kranke reserviert werden. Die unruhige Wachstation bildet einen Saal mit 7 Betten mit 2 anstoßenden gegen den Saal zu offenstehenden Zimmern à 1 und 2 Betten. An den Wachsaal stoßen an die Spülküche, das Bad (3 Wannen) und ein Wärterzimmer, worin nachts ein Wärter schläft, bestimmt zur eventuellen Unterstützung des wachhabenden Wärters. Außer den Wachstationen ist auf den Abteilungen für Ruhige bei den Männern und Frauen je ein Saal zu 8 Betten zur Bettbehandlung von Kranken, die nur geringer Überwachung bedürftig sind, bestimmt; ferner liegen auf jeder Abteilung für Unreine täglich durchschnittlich je 22—25 Kranke im Bett. Zur Verabreichung von Dauerbädern stehen außer den 3 Wannen auf der unruhigen Wachstation jederseits je 2 Wannen auf der Zellenabteilung zur Verfügung. Bei den Frauen wird dazu regelmäßig noch das Badezimmer der unreinen Abteilung (2 Wannen) oder häufiger das Centralbad (6 Wannen) benutzt. Was die Beschäftigung der Kranken angeht, so helfen von den Männern 20—25 bei den Reinigungsarbeiten auf den Abteilungen, 60—70 sind auf dem Felde und im Garten beschäftigt, 10—15 in den Werkstätten, ebensoviel arbeiten in Küche, Waschhaus usw. Die Frauen sind

zu 70—80 auf den Abteilungen mit Näh- und Flickarbeiten und Stricken beschäftigt, 12—15 helfen in Küche Lingerie und Waschküche, ca. 20 bei den Reinigungsarbeiten auf der Abteilung. 30—40 leisten unproduktive Arbeit (untaugliche Strickarbeiten, Charpiezupfen). — Die jährlichen Aufnahmezahlen schwanken in den letzten 5 Jahren zwischen 113 und 160 für die Männer und zwischen 92 und 114 für die Frauen, entsprechen also den Verhältnissen einer mittleren Anstalt. Die Aufnahmefähigkeit der Anstalt ist an ihrer Grenze angelangt. Schon öfters haben wir Aufnahmegesuche wegen absolutem Platzmangel abweisen müssen. Wenn auch in der Regel einige Plätze frei sind, so sind es solche auf den ruhigen Abteilungen, sodaß jedenfalls auf den Wachstationen ein fast beständiger Platzmangel herrscht. Die Folge davon ist, daß bei Neuaufnahmen oft unruhige Kranke in den ruhigen Wachsaal gelegt werden und damit sie nicht allzusehr stören, ein Schlafmittel erhalten müssen. Ferner kommt es so vor, daß wir gelegentlich aufgeregte Kranke wegen Mangel an Badegelegenheit und Platzmangel im unruhigen Wachsaal tagsüber in die Zelle verbringen müssen. Nachts haben wir bisher noch nie den Versuch gemacht, Schlafsäle und Zellen offen zu lassen.

Die Rubriken der Tabellen (S. 713/714) werden leicht verständlich sein. Rubrik 1 gibt die Summe der monatlichen Aufnahmen an, Rubrik 2 den täglichen durchschnittlichen Krankenbestand für den betreffenden Monat, Rubrik 3 die durchschnittliche Anzahl der täglichen Isolierungen und das durchschnittliche tägliche Prozentverhältnis der isolierten Kranken zum Gesamtbestand. Bei den Männern ist ein Paranoiker mitgerechnet, welcher auf seinen eigenen ausgesprochenen Wunsch hin in der Zelle eingeschlossen bleibt, da er im Umgang mit den andern Kranken viel mehr unter seinen Stimmen leidet. Dagegen sind nicht miteingerechnet einige Patienten, welche man erst am Vormittag, nachdem die gewöhnlichen Reinigungsarbeiten auf der Abteilung beendet sind, aufstehen läßt. Einige regelmäßige Fälle von „Separierung“ bei den Frauen, wo also die betreffenden Kranken bei offener Türe in der Zelle liegen, sind nicht unter die Isolierungen gezählt. Rubrik 4 gibt die durchschnittliche tägliche Zahl der Kranken an, welche Schlafmittel bekommen und den Prozentsatz

Monat	1 Monatliche Aufnahmen	2 Durchschnittlicher Krankenbestand	3 Isolierungen		4 Schlafmittel		5 Dauerbäder			6 Betbehandlung		7 Beschäftigung	
			täglicher Durchschnitt der isolierten Kranken	Prozent zum durchschnittlichen Bestand	täglicher Durchschnitt der Kranken mit Schlafmitteln	Prozent zum durchschnittlichen Bestand	täglicher Durchschnitt der im Dauerbad befindlichen Kranken	tägliche durchschnittliche Zahl der Badesunden	Prozent der täglich im Bad befindl. Kranken zum durchschnittlichen Bestand	täglicher Durchschnitt der im Bett befindlichen Kranken	Prozent zum täglichen durchschnittlichen Bestand	täglicher Durchschnitt der arbeitenden Kranken	Prozent zum täglichen durchschnittlichen Bestand
I. Männer.													
Oktober	12	273,5	0,66	0,24	0,7	0,26	1,7	12	0,62	61,7	22,5	117	42,8
November	21	274,1	1,6	0,58	1,6	0,58	2,6	19	0,95	65,2	23,8	115,8	42,2
Dezember	13	268,5	1,1	0,41	2,3	0,86	3,9	30	1,45	68,4	25,5	119,9	44,6
Januar	12	275	1,66	0,60	3,8	1,38	4,0	27	1,45	68,6	24,9	111,7	40,6
Februar	17	274,7	1,7	0,62	3,3	1,21	6,0	48	2,18	69,2	25,2	111,4	40,5
März	13	263	1,6	0,61	2,4	0,91	3,0	23,6	1,14	65,3	24,8	106,4	42,7
Monatl. Durchschn.	14,6	271,5	1,5	0,54	2,3	0,85	3,5	26,6	1,3	66,4	24,4	113,7	41,9
II. Frauen.													
Oktober	10	265	2,1	0,79	1,1	0,41	6,5	51	2,45	60,6	22,9	134	50,6
November	13	266,6	2,1	0,79	2,3	0,86	5,1	39	1,91	65,0	24,4	129,9	48,3
Dezember	9	266,0	1,9	0,71	3,7	1,39	6,4	52	2,40	65,6	24,7	117,1	44,0
Januar	12	266,0	2,0	0,75	4,4	1,65	7,0	56,6	2,63	68,0	25,5	119,0	44,8
Februar	17	271,0	3,0	1,10	5,0	1,85	8,0	67	2,95	66,9	24,7	133,0	49,1
März	13	270,3	1,6	0,59	4,3	1,59	8,4	75	3,11	67,2	24,9	130,1	48,1
Monatl. Durchschn.	10,5	267,5	2,1	0,78	3,5	1,29	6,9	56,6	2,58	65,6	24,5	127,2	47,5

Irrenanstalt Cery.
Oktober 1903 bis März 1904.

Monat	1	2	3		4		5		6		7	
	Monatliche Aufnahmen	Durchschnittlicher täglicher Krankenbestand	Isolierungen	täglicher Durchschnitt der isolierten Kranken	Schlafmittel	täglicher Durchschnitt der Kranken mit Schlafmitteln	Dauerbäder	tägliche durchschnittl. Zahl der im Dauerbad befindlichen Kranken	Bettbehandlung	tägliche durchschnittl. Zahl der im Bett befindlichen Kranken	Beschäftigung	tägliche durchschnittl. Zahl der arbeitenden Kranken
				Prozent derselben zum täglich. durchschnittl. Krankenbestand		Prozent derselben zum täglich. durchschnittl. Krankenbestand		Prozent der täglich im Bad befindlichen Kranken zum täglichen durchschnittl. Bestand		Prozent derselben zum täglich. durchschnittl. Krankenbestand		Prozent derselben zum täglich. durchschnittl. Krankenbestand
Oktober	22	538,5		2,76		0,33		8,2	63	1,52	122,3	251
November	34	540,7		3,7		0,72		7,7	58	1,43	130,2	245,7
Dezember	22	534,5		3,0		1,12		10,3	82	1,93	134,0	237,0
Januar	24	541,0		3,66		1,51		11,0	83,6	2,03	136,6	230,7
Februar	24	545,7		4,7		1,52		14,0	115,0	2,57	136,1	244,4
März	25	533,3		3,2		1,25		11,4	98,6	2,13	132,5	236,5
Monatl. Durchschn.	25,1	539		3,6		1,07		10,4	83,3	1,93	132	240,9
												44,7

derselben im Vergleich zum Gesamtkrankenbestand. Die Berechnung der Zahl der mit Narkotika behandelten Kranken erscheint mir richtiger, als die Feststellung der verbrauchten absoluten Mengen Chloral, Trional usw. Das Wesentlichste ist doch, zu wissen, wieviel Patienten Schlafmittel erhalten; es ist selbstverständlich, daß man ihnen solche Mengen gibt, daß die beabsichtigte Wirkung wahrscheinlich eintritt. Als Narkotika wurden gebraucht: in erster Linie Chloral in Dosen von 1—2, selten 3 g; weniger häufig Sulfonal und Trional ($\frac{1}{2}$ —1 g) und Hyoscin. hydrojodic. in 1‰ Lösung, sei es in Injektionen ($\frac{1}{2}$ —1, in Ausnahmefällen 2 CC) oder innerlich (15—30 Tropfen). Bromkali kam fast nie als Beruhigungsmittel in Anwendung, einige Male Paraldehyd (4—6 g pro dosi) und in einem Fall von Melancholie, wo die Kranke sich jeden Augenblick den Schädel gegen das Bettgestell einzurennen suchte, längere Zeit fortgesetzte Morphinumspritzungen. Die letzteren wurden nicht nur als Beruhigungsmittel, sondern auch, da Patientin Opium nicht nehmen wollte, in kurativer Absicht gegeben. Die Kranke erhielt täglich bis 12 cg Morphinum, hat sich im Verlauf von 2—3 Wochen beruhigt und ist jetzt in Heilung begriffen. — In Rubrik 5 ist die tägliche durchschnittliche Anzahl der Kranken angegeben, welche Dauerbäder erhalten und die durchschnittliche Anzahl der Badestunden pro Tag, sowie die entsprechenden Prozentzahlen. Wie ersichtlich, ist die durchschnittliche Dauer des Bades 8 Stunden. Andere hydropathische Prozeduren, besonders feuchte Packungen, wenden wir fast nie an. Rubrik 6, die in Bettbehandlung befindlichen Patienten betreffend — mittlerer Tagesdurchschnitt und Prozent derselben zum mittleren Krankenbestand jedes Monates — umfaßt auch, wie weiter oben angedeutet, die wenigen wegen körperlicher Krankheiten bettlägerigen Patienten und die chronischen tagsüber unreinlichen Kranken, weil sie so leichter besorgt werden können. In Rubrik 7 endlich ist der tägliche Durchschnitt aller beschäftigten Kranken angegeben, ob sie produktive Arbeit leisten oder nicht, und auch wenn sie nur während eines Teiles des Tages beschäftigt sind.

Ich habe die Tabellen per Monat ausgerechnet, weil mir nur die Zahlen für 6 Monate zur Verfügung standen. Vielleicht, daß

in der Regel die Zusammenstellung nach Jahreszeiten oder nur die Mitteilung des jährlichen Durchschnittsresultates genügen dürfte. Da die von mir berücksichtigten Monate nur das Winterhalbjahr betreffen, wo die Kranken viel weniger ins Freie gehen können, so dürfen wir von vornherein annehmen, daß die durchschnittliche Zahl der Isolierungen größer sein wird, als im Sommerhalbjahr. Besonders in unserer Anstalt, wo die unruhigen Patienten nur einen nicht sehr geräumigen Korridor als Tagraum zur Verfügung haben, kommen Konflikte und infolgedessen notwendig werdende Isolierungen häufiger vor als im Sommer, wo die gleichen Kranken den ganzen Tag über in einem weiten Hof zerstreut sind. Auch die Menge der Patienten, welche Schlafmittel bekommen, sowie die Zahl der in Bett- und Badbehandlung befindlichen, ist im Winter *ceteris paribus* bei uns etwas größer als im Sommer. Umgekehrt bietet der Winter weniger Gelegenheit zur Arbeit, indem namentlich die landwirtschaftlichen Beschäftigungen weniger Hände erfordern.

Im übrigen erkennen wir aus den Tabellen sowohl für die Gesamtheit der Anstaltsbevölkerung wie getrennt für Männer und Frauen, daß einer Zunahme der Aufnahmen, auch wenn sie nicht von einer Zunahme des durchschnittlichen Bestandes gefolgt ist, im allgemeinen eine Zunahme der in Bett und Bad behandelten Kranken, sowie ein vermehrter Verbrauch von Schlafmitteln entspricht. Diese Zunahme macht sich jeweilen noch für den folgenden Monat bemerkbar. Die Anzahl der Isolierungen steht in weniger deutlichem aber immerhin bemerkbarem Rapport zur Bevölkerungs-
zunahme der Anstalt. Die Zunahmen in den verschiedenen Rubriken sind nicht nur absolut, sondern auch relativ, ein Beweis, daß die Überfüllung der Anstalt eine große Schuld daran trägt: sobald die Zahl der Aufnahmen etwas steigt, haben wir zuviel Kranke auf den unruhigen Abteilungen; sie stören einander und müssen öfter isoliert werden und Dauerbäder erhalten oder man ist gezwungen, unruhige Patienten auf die ruhige Wachstation zu legen und dort mit Narkotika einigermassen ruhig zu erhalten. — Die Schwankungen im Verhältnis der arbeitenden zu den unbeschäftigten Kranken hängen weniger von Änderungen des Krankenbestandes als von der Witterung und vom Vorhandensein oder Mangel

dieser oder jener speziellen Beschäftigung ab (Strohflechten, Holzspalten usw.).

Ein Vergleich der Frauen- mit der Männertabelle zeigt, daß entsprechend dem leichter erregbaren Charakter des weiblichen Geschlechtes Isolierungen, Schlafmittel und Dauerbäder bei den Frauen häufiger angewendet werden müssen, eine Erscheinung, die wohl in den meisten Anstalten konstatiert werden wird. Der Prozentsatz der arbeitenden Frauen ist höher als derjenige der Männer, weil die spezifischen Frauenarbeiten alle im Hause mit Benutzung von wenig Instrumenten besorgt werden, so daß verhältnismäßig mehr Kranke zu denselben zugelassen werden können. Bei den Männern dagegen fehlt es an genügender Beschäftigung für die Patienten, welche man nicht im Freien arbeiten lassen und denen man keine gefährlichen Instrumente in die Hand geben darf.

Wenn ich die Zahlen von Cery vergleiche mit entsprechenden Zahlen (siehe Tafel IV), wie ich sie in den Jahresberichten anderer Anstalten gefunden habe, so finde ich, daß wir punkto Zahl der Isolierungen hinter manchen Anstalten zurückstehen; wir brauchen bedeutend weniger Schlafmittel als die Anstalten Alt-Strelitz und Frankfurt; unser Prozentsatz an arbeitenden Patienten steht hinter den schweizerischen Anstalten Burghölzli und Rheinau zurück und hält sich auf der Höhe der Anstalten von Frankfurt und Saargemünd. In Bettbehandlung haben wir fast ein Viertel unseres Bestandes, etwas mehr wie Herzberge, weniger als Frankfurt und Alt-Strelitz und viel weniger als die Irrenklinik von Heidelberg. — Ich wiederhole hier nochmals, daß ich mich hüte, weitere Schlüsse aus dem Vergleich der Zahlen verschiedener Anstalten zu ziehen, ohne daß mir die näheren Betriebsbedingungen derselben genauer bekannt sind. Dies wird aber möglich sein, wenn die Anstalten häufiger und vollständiger mit bestimmten Zahlenangaben als bisher über ihren Betrieb referieren. Sollten die vorstehenden Ausführungen etwas dazu beitragen können, so ist ihr Zweck erreicht.

Herrn Prof. *Mahaim* danke ich auch an dieser Stelle verbindlichst für die Anregung zu dieser Publikation.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

73. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. Juni 1904 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Becker, Beelitz, Bernard, Brandis, Brie, Deiters, von Ehrenwall, Ennen, Esser, Fabricius, Fuchs, Gerhartz, Gudden, Günther, Hecker, Herting, Kentenich-M.-Gladbach, Kessel, Lennep, Liebmann, Longard, Neuhaus, Niemeyer, Peipers, Pelman, Peretti, Pfahl, Plempel, Pohl, Schmitz, Schreiber, Schütte, E. Schultze, Siebert, Staehly, Thomsen, Tippel, Umpfenbach, Voßschulte, Weiland, Werner, Zacher.*

Als Gäste sind anwesend: *Bier-Bonn, Herzfeld-Ruppichterath, Hilgers-Bonn, van Husen-Andernach, Schmitt-Andernach.*

Der Vorsitzende — *Pelman* — begrüßt die Erschienenen und teilt mit, daß seit der letzten Sitzung Kollege *Burghart-Herzberge* gestorben ist. Durch Wegzug traten aus *Stier-Cöln* und *Scholz-Waldbroel*. Der Vorsitzende erinnert dann noch an den am 4. Januar cr. erfolgten Tod von *Jolly* und den am 4. Mai cr. infolge der schweren Verletzung erfolgten Tod von *Vorster*. Der Verein hat am Grabe *Vorsters* einen Kranz niederlegen lassen. Die Versammelten erheben sich im Andenken an die Verstorbenen von ihren Sitzen. An das durch Krankheit in *Baden-Baden* zurückgehaltene Vorstandsmitglied *Oebeke* sendet die Versammlung ein Telegramm.

Der Vorsitzende macht dann noch Mitteilung von einem Erlaß des Preußischen Justizministers vom 21. März 1904. Wie noch rememberlich, hatte ein Erlaß desselben Ministers vom 1. Oktober 1902 die Amtsgerichte darauf aufmerksam gemacht, daß die Kreis- und Gerichtsärzte zu den Entmündigungsterminen mehr oder weniger allein als Sachverständige heranzuziehen seien, unter Beiseiteschiebung der Anstaltsärzte. Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz hatte in seiner Novembersitzung 1902 zu diesem Erlaß Stellung genommen und in Form einer Resolution den deutschen Verein für Psychiatrie aufgefordert, zu dem Erlaß des Ministers seinerseits ebenfalls Stellung zu nehmen. Kollege *Thomsen* vertrat dann diese Resolution in der Sitzung des Deutschen Vereins in *Jena* im April 1903. Der Vorstand des Deutschen Vereins wandte sich dann an den preußischen Justizminister. Infolge dessen schränkt der neue Erlaß des Ministers vom 21. März 1904 den früheren Erlaß

wesentlich ein unter Betonung, daß Direktoren und Anstaltsärzte wohl besondere Qualifikation besitzen zur Begutachtung in Geisteszuständen usw. — daher wohl meist in Entmündigungssachen in Frage kommen würden. Die Anregung des Psychiatrischen Vereins im November 1902 hat demnach den gewünschten Erfolg gehabt. —

Fabricius berichtet dann noch, daß kürzlich in Düren ein Insasse der Prov. Heil- und Pflegeanstalt bei der Entmündigung alle dortigen Anstaltsärzte als befangen und voreingenommen ablehnte, und daß das Landgericht in Aachen der Beschwerde Folge gegeben hat! —

Es folgen die Vorträge:

R. Foerster-Bonn: 1. Beitrag zur Pathologie des Lesens und Schreibens (sogenannte angeborene Wortblindheit).

Vortragender berichtet über seine Beobachtungen an zwei männlichen Insassen des Hospitals Bicêtre (Abteilung von P. Marie), die er im verflossenen Winter in der Pariser Neurologischen Gesellschaft (Sitzung vom 3. Dezember 1903 und vom 4. Februar 1904) vorstellen konnte.

In beiden Fällen handelt es sich um ausgesprochene Imbezillität; das Alter der Kranken beträgt 21 und 27 Jahre. Beim ersten Falle besteht gleichzeitig jene fötale Entwicklungsstörung des Skeletts, die man als Achondroplasie bezeichnet. Patient kann fehlerlos und ohne Schwierigkeit jeden beliebigen geschriebenen oder gedruckten Text abschreiben, ohne jedoch das Geschriebene lesen zu können. Beim Kopieren zeichnet er nicht etwa die Buchstaben nach wie die Linien einer Zeichenvorlage, sondern er vermag die Drucklettern ziemlich schnell in die entsprechenden Schriftzeichen umzusetzen. Spontan kann er nur das Wort „papa“, seinen Namen und den der Oberwärterin schreiben. Was die Ziffern angeht, so ist er imstande, sie von 1 bis etwa 40 leidlich richtig zu benennen und auf Diktat hinzuschreiben. Der zweite Kranke bietet große Ähnlichkeit mit dem vorhergehenden; er kopiert weniger gut und weniger genau, dafür buchstabiert er aber etwas besser und hat es im Verständnis der Zahlen weitergebracht.

Die beiden Patienten sind also unfähig zu lesen und auf Diktat zu schreiben bei voller Sprachfähigkeit und Schreibfertigkeit. Dieser eigenartige Symptomenkomplex erinnert unwillkürlich an die Agraphie und Alexie nach lokalen Hirnläsionen. Wir sind aber in den vorliegenden Fällen nicht berechtigt, an eine derartige Herdläsion zu denken. Es handelt sich vielmehr offenbar um eine Entwicklungshemmung, eine unvollkommene und ungleichmäßige Ausbildung der entsprechenden Centren; zum Teil liegt die Ursache wohl auch in der Erziehung. In den Schulen für normale und zurückgebliebene Kinder beobachtet man öfter vorübergehend genau dieselben Symptome dieser „auditiven Agraphie“ und „visuellen Aphasie“ (Brissaud). Diese Lücke füllt sich jedoch im Laufe des Unterrichts in der Regel aus und bleibt nicht stationär, wie dies bei den beiden mitgeteilten Fällen der Fall ist.

F. ist mit *Dejerine* ganz der Ansicht, daß man bei derartigen Individuen, die niemals Lesen und Spontanschreiben gelernt haben, nicht berechtigt ist, von einer „angeborenen Wortblindheit“ zu reden. Man sollte nicht die pathologischen Störungen, die die Funktion eines durch Vererbung und Erziehung leistungsfähig gewordenen Rindenbezirkes treffen können, zusammenbringen mit dem Fehlen der Funktion dieses Centrums infolge seiner unzureichenden anatomischen und physiologischen Entwicklung oder infolge seiner unzulänglichen Ausbildung durch den Unterricht. — Man hat sich bisher in der Literatur nur wenig mit dem geschilderten Symptomenkomplex beschäftigt. Vortragender ist jedoch überzeugt, daß man bei entsprechendem Nachsuchen, wenigstens unter Imbezillen, gar nicht so selten hierher gehörige Fälle finden würde.

II. Vortragender demonstriert sodann:

1. verschiedene gefährliche Instrumente, die sich ein an *Dementia paranoides* leidender und durch beständiges Querulieren recht lästiger Kranker in sehr geschickter Weise aus eigenartigen Gegenständen — wie Packnadeln, Bestandteilen eines Regenschirmgestells, Einlageblech einer Kravatte — zu verfertigen gewußt hatte. Er bezweckte damit ein Attentat auf einen der Ärzte, ausgehend von der Ansicht, daß er das Recht habe, einen Beamten zu erstechen, der ihm nicht dazu ver helfe, gerichtlich verhört zu werden.

2. die zertrümmerten und außerordentlich scharfrandigen Porzellan- und Metallteile eines Patentflaschenverschlusses, die ein an Manieren und impulsiven Handlungen reicher Katatoniker verschluckt und ohne jede schädliche Folge per anum ausgeschieden hatte. Er hatte bereits früher einen halben Löffelstiel verschlungen.

3. Das Gebiß eines an Phthise verstorbenen Imbezillen. Im Oberkiefer sind die 4 Schneidezähne in zwei hintereinander stehenden Reihen angeordnet; im Unterkiefer steht der rechte mittlere Schneidezahn stark außerhalb des Zahnbogens, während die 3 übrigen innenwärts gedrängt sind. Von anderweitigen Degenerationszeichen ist Asymmetrie des Schädels, eine schmale und niedrige Stirne, sowie Ungleichheit der Gesichtshälften zu erwähnen.

4. Ein Skiagramm, welches bei einem 13jährigen Gymnasiasten aufgenommen wurde. Er hatte bei Gelegenheit von Militärschießübungen im Februar 1903 eine Verletzung des rechten Auges durch Zielmunition erlitten. Das Auge mußte entfernt werden. Die Kugel fand sich weder vor noch nach der Operation. Patient wurde etwa 2 Monate nach der Verletzung auffallend zerstreut und unaufmerksam, er klagte dabei über Schwindel und Kopfschmerzen. In der Bonner Anstalt (Januar 1904) bot er das Bild der Schreckneurose; im Vordergrund stand eine recht schnell eintretende geistige Ermüdbarkeit. Bei der radiographischen Untersuchung fand sich eine Kugel von etwa 5 mm Durchmesser in der Gegend der hinteren Schädelgrube.

Autoreferat.

Brie erinnert daran, daß *Sollier* in seinem Buch über Idioten und Imbezille Fälle beibringt, die denen von *Foerster* ähnlich sind.

b) *Brie-Grafenberg*: Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch.

B. schickt der Mitteilung über einen durch mancherlei Besonderheiten und forensisch bemerkenswerten Fall eigener Beobachtung eine kurze Darstellung der nach Strangulationsversuch und Wiederbelebung Erhängter zu beobachtenden Phänomene auf körperlichem und psychischem Gebiete voraus und bespricht im Anschluß an den Fall die Pathogenese der Erscheinungen. — Der Fall selbst ist folgender: H. A., 45 Jahre, Sammetweber, verheiratet, von jeher etwas beschränkt, potator, mit einem gewissen Grade von Alkoholdegeneration, sonst bisher nicht psychopathologisch, macht am 9. August 1903 einen Notzuchtversuch bei seiner Tochter; — Rauschzustand auszuschließen. — Am 10. verhaftet, macht er am 11. abends einen Erhängungsversuch, wird leblos abgeschnitten. Nach 2stündiger künstlicher Atmung kommen Atmung und Herztätigkeit erst wieder in Gang. Zu gleicher Zeit Krämpfe. Bis zum nächsten Morgen Bewußtlosigkeit, noch 4 Tage darnach Bewußtseinstörung. Unsichere Bewegungen, taumelnder Gang. Vom 17. August an erst Besserung. Darauf zunehmende tobsüchtig-verworrene Erregung mit zornigem Charakter. Allmählich Beruhigung, aber dann 2 Monate lang anhaltender Zustand mit blöde-benommenem, apathisch-unbesinnlichem Verhalten, schwerer Störung der Bewußtseinstätigkeit, des Auffassungs- und Denkvermögens. — Zustand gleich einer fortgeschrittenen Demenz und bot Ähnlichkeiten mit dem *Korsakoff*-schen Symptomenkomplex. — Es trat völlige Erholung ein in geistiger Beziehung; auch schwanden die vorher beobachteten Lähmungssymptome. Dann zeigte sich jedoch eine retrograde Amnesie, einem Zeitraum von fast 2 Monaten vor dem Erhängungsversuch und der strafbaren Handlung umfassend, sowie eine Herabsetzung der Merkfähigkeit. — Es ist hervorzuheben, daß in diesem Falle Aufklärung durch die Umgebung monatelang ausgeschaltet werden konnte und daß eine Wiederkehr der Erinnerung nicht eintrat. Auch in der Hypnose gelang es nicht, die im wachen Zustande ausgelöschten Erinnerungsbilder zu wecken. Nach 10 Monaten besteht jetzt die retrograde Amnesie noch fort. — Auf das forensische Interesse des Falles weist zum Schluß Vortragender noch hin, da bisher Fälle aus der Praxis, in denen die retrograde Amnesie in Betracht zu ziehen war, nicht bekannt geworden sind. Es wird hier eine Verurteilung stattfinden müssen trotz der retrograden Amnesie, weil Patient zur Zeit der Tat nicht in einem dem § 51 des StrGB. entsprechenden Geisteszustande sich befunden hat. Und doch muß es befremdend erscheinen, daß jemand eine schwere Strafe zu verbüßen hat für eine Handlung, für die ihm das Bewußtsein völlig fehlt.

Autoreferat.

c) *Beelitz-Tannenhof*: Systematische Atropinkuren bei periodischen Geistesstörungen.

Vortragender hat 19 chronische und 15 relativ frische Erkrankungsfälle von periodischen bzw. zirkulären Psychosen nach der von *Hitzig* empfohlenen

Methode mit systematisch gesteigerten Atropindosen von 0,2 mg bis höchstens 1,2 mg behandelt und von den chronischen Fällen nur eine periodisch halluzinatorische Erregung sich wesentlich bessern sehen, während 4 periodische Erregungs- und Versunkenheitszustände katatonischen Charakters in bezug auf ihre Intensität zwar günstig beeinflusst wurden, aber eine Verlängerung der kranken Phasen erfuhren. Von den 5 akuten Fällen, deren Krankheitsgeschichten ausführlich mitgeteilt wurden, genasen 4 völlig, nämlich 2 zirkuläre und 2 periodische, ein periodischer wurde gebessert; bei allen 5 hatten die Erregungen mehr einen katatonischen, als einen maniakalischen Charakter.

Autoreferat.

d) *Tippel-Kaiserswerth*: Demonstration der Heißluftdusche nach *Bier* mit Bemerkungen über die damit gemachten Erfahrungen.

Nachdem Eingangs kurz *Biers* Ansichten über den Kollateralkreislauf und die Heilwirkung der Hyperämie skizziert worden waren, erfolgte die Demonstration der nach *Biers* Angaben von *Eschbaum* hergestellten transportablen Heißluftdusche. Referent schilderte sodann die Handhabung derselben und gab an der Hand seiner Erfahrungen einige Winke über diesen Punkt und die Regulierung der Temperatur. Er ging schließlich nach der Beschreibung der physiologischen Wirkung, die durch Heißluftdusche auf den menschlichen Organismus erzielt wird, auf die therapeutischen Erfolge ein. Während diese bei akut auftretenden Neuralgien und rheumatoiden Zuständen sehr schnell, bei Lumbago und Torticollis sogar überraschend schnell erzielt werden, erfordern chronische Zustände lange Behandlung. Referent schließt bei geeigneten Fällen leichte Massage an. Jedenfalls ist die Heißluftdusche von *Bier* wegen ihres verhältnismäßig billigen Preises, ihrer bequemen Handhabung und der leichten Transportfähigkeit für Anstalts- und Privatpraxis sehr zu empfehlen.

Autoreferat.

e) *A. Siebert-Bonn*: Über die hypnotische Wirkung des Neuronal.

Das nach Angabe von *G. Fuchs-Biebrich* und *E. Schultze-Bonn* von der Firma Kalle u. Co.-Biebrich hergestellte Bromdiaethylacetamid oder Neuronal ist ein weißes Pulver, das in Alkohol und Öl leicht, im Wasser 1 : 115 löslich ist und einen bitteren, mentholähnlichen Geschmack besitzt. Nach sehr günstig ausgefallenen Tierversuchen wurde es zunächst mit gutem Erfolg an Gesunden und dann bei mehr als 100 Patienten der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt angewendet. Bei leichter Agrypnie stellte sich nach 0,5 bis 1,0 g oft schon bald nach dem Einnehmen, durchschnittlich in 1½ Stunde ein im Mittel 7–8 Stunden dauernder Schlaf ein. Fast ebenso günstig waren die Resultate bei Halluzinanten und bei Manischen mit mäßiger Erregung. etwas weniger gut bei Involutions- und senilen Melancholien, bei welchen

meist 1,5 g gegeben wurde. Stärkere manische, paralytische und katatonische Erregungen erforderten meist 1,5 bis 2 g. Der hohe Bromgehalt des Neuronal von 41% wies auf seine Anwendung auch bei Epileptikern hin. So wurden einige Fälle von epileptischem Delir durch 1,5–3,0 g recht günstig beeinflusst. Nur bei einem von 4 Kranken mit je 6–8 schnell hintereinander aufgetretenen Anfällen kam es nach 1,0–1,5 g noch zu einem weiteren Anfall. Bei einem ausgesprochenen status epilepticus wären 2,0–3,0 g in Olivenöl gelöst, als Klysma zu versuchen. Epileptische Kopfschmerzen und solche auf anderer Basis wurden durch kleine Gaben vorübergehend behoben. Auch eine sedative Wirkung kommt dem Neuronal zu.

Es empfiehlt sich, etwas warme Flüssigkeit nachtrinken zu lassen. Der schlechte Geschmack wird durch Darreichung in Oblate oder in Tablettenform (à 0,5 g) verdeckt. Über eine Angewöhnung ließ sich noch kein sicheres Urteil fällen. Eindeutige schädliche Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet. 1,5 g Neuronal werden 2,0 g Chloralhydrat oder 2,0–2,5 g Dormiol oder 1,0 g Veronal gleichgesetzt. Dem Trional ist das Neuronal ebenbürtig, ohne daß es dessen kumulative Wirkung zu besitzen scheint. Der Preis ist gleich dem des Veronals.

Schließlich wurde auch das homologe Bromdipropylacetamid geprüft und entsprechend den Tierversuchen von *Fuchs* und *Schultze* dem Neuronal ähnlich, aber schwächer wirkend befunden.

Der Vortrag ist in extenso in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift 1904 Nr. 12 erschienen.

Autoreferat.

Becker-Grafenberg kann berichten, daß in der Anstalt in Grafenberg die Versuche mit Neuronal, allerdings erst wenige, sehr ermutigend waren; bei geistig Gesunden weniger. Der Geschmack des Neuronal ist unangenehm.

Deiters sah in der Andernacher Anstalt ebenfalls gute Resultate. Meist schon nach 20 Minuten festen Schlaf. Ein Kranker hat längere Zeit hindurch jeden Abend 4 g Neuronal genommen mit gutem Erfolg, ohne üble Nebenwirkungen. Bei einem Epileptischen wurden die Anfälle nach dreimal 0,5 g pro die seltener.

Ernst Schultze: Durch weitere Vervollkommnung der Fabrikation ist inzwischen der manchem unangenehme Geruch und Geschmack des Neuronal wesentlich geringer geworden, so daß daran weniger Anstoß genommen werden kann.

Umpfenbach.

Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen am 25.—27. April 1904.

Die beiden Sitzungen fanden im Auditorium maximum der Universität statt.

Anwesend waren die Herren: *Ach-Göttingen, Adams-Galkhausen, Altschspringe, Alzheimer-München, Anton-Graz, Backenköhler-Aplerbeck, Barbo-Pforzheim, Bartels-Hameln, Bonhoeffer-Heidelberg, Borrmann-Göttingen, Braune-Schwetzw. a. W., Brodmann-Berlin, Brosius-Saarbrücken, Brunner-Neuemühle, Brunotte-Göttingen, Bruns-Hannover, Brückner-Hamburg, Büchner-Hildburghausen, Cramer-Göttingen, Dankköhler-Klingenmünster, Dieckhoff-St. Gilberg b. Bayreuth, Dietz-Hofheim, Dinter-Rybnik, Dorsch-Marburg a. L., Dubbers-Allenberg, Edel-Charlottenburg, v. Ehrenwall-Ahrweiler, Ehrhardt-Carlshof a. R., Encke-Lauenburg i. P., Erlenmeyer-Bendorf, Fabricius-Düren, Facklam-Suderode i. Harz, Feldkirchner-Karthaus-Prüll, Fischer-Prag, Flügge-Düsseldorf-Grafenberg, Fontheim-Liebenburg, Frühstück-Hochweitzschen, Fürstner-Straßburg i. E., Ganzer-Dresden, Gerlach-Königsutter, Gerlach-Münster i. W., Gerstenberg-Hildesheim, Gierlich-Wiesbaden, Goetz-Landsberg a. W., Grimme-Göttingen, Gudden-Pützchen-Bonn, Haardt-Emmendingen, Havemann-Tapiau, Heilighenthal-Baden-Baden, Heinze-Umstort, Westpr., Henneberg-Berlin-Charité, Herfeldt-Ansbach, Herwig-Marberg, Hoche-Freiburg, Holterbach-München, Hoppe-Liebenburg, Hüfler-Chemnitz, Ilberg-Groß-Schweidnitz, Imhof-Werneck U.-Fr., Jenry-Schwerin i. M., Kahlbaum-Görlitz, Karrer-Klingenmünster, Kellner-Unterjoltzsch, Klendgen-Obernitz, Kluge-Potsdam, Knecht-Ückermünde, Knörr-Neu-Ruppin, Koch-Rinteln, Köhler-Gabersee, Kölpin-Greifswald, Körte-Hamburg, Kratz-Heppenheim, Kramer-Breslau, Kraus-Bonn-Kessenich, Kreuser-Winnenthal, Kundt-Deggendorf, Hans Laehr-Schweizerhof, Max Laehr-Haus Schönow, Landerer-Andernach, Lange-Jerichow, Lantzius-Beninga-Weilmünster, Lauenstein-Hedemünden, Lehmann-Brieg, Lilienstein-Bad Nauheim, Liepmann-Berlin, Liepau-Hamburg, Lochner-Thonberg, Loewenthal-Steglitz-Lankwitz, Lustig-Erdmannshorn, Lüttich-Hannover, Mendel-Berlin, Mercklin-Treptow a. R., Meyer-Göttingen, Moeli-Berlin, Moeller-Berlin, Mohrmann-Göttingen, Mucha-Franz-Buchholz, Müller-Uchtspringe, Müller-Göttingen, Neisser-Lublinitz, Oestreicher-Nieder-Schönhausen, Oppermann-Erlangen, Passow-Meiningen, Pelman-Bonn, Peretti-Grafenberg, Petersen-Borstel-Plagwitz, Pfister-Freiburg, Prinzing-Bayreuth, Puchberger-Wien, Quat-Faslem-Göttingen, Raecke-Frankfurt a. M., Ranke-München, Rehm-Blankenburg i. Harz, Repkewitz-Schleswig, Reye-Hamburg, Rieper-Schleswig, Roßbach-Hubertusburg, Rubarth-Nieder-Marsberg, Ruppel-Gießen, Rust-Sachsenberg, Sammel-Berlin, Sandner-Ansbach, Seelig-Lichtenberg, Selle-Neu-Ruppin, Serger-Alt-Strelitz, Siemerling-Kiel, Siemens-Lauenburg, Simon-Lengerich, Snell-Lüneburg, Sommer-Gießen, Spyra-Merxhausen, Thaefer-Roda, Scheven-Rostock, Schmidt-Sorau, Scholimus-Pankow, Schröder-*

Lüneburg, Schröder - Ückermünde, Schubert - Bunzlau, Schultze - Bonn, Schüle-Illena, Schwabe-Hannover, Steinhausen-Hannover, Stoeckle-Werneck, Stollenhoff-Kortau, Stolper-Göttingen, Tauscher-Colditz, Tantzen-Lüneburg, Tecklenburg-Tannenfeld, Thomsen-Bonn, Tippel-Kaiserswerth, Torkel-Göttingen, Tuzek-Marburg, Vocke-München, Völcker-Langenhagen, Vogt-Göttingen, Wachsmuth-Frankfurt a. M., Wagemann-Lemgo-Lindenhaus, Wahrendorff-Ilten, Wanke-Friedrichsroda, Warda-Blankenburg, Wattenberg-Lübeck, Weber-Göttingen, Weichelt-Andernach, Wendenburg-Göttingen, Wernicke-Halle, Westphal-Greifswald, Weygandt-Würzburg, Wiederhold-Wilhelmshöhe, Wollenberg-Tübingen, Ziehen-Berlin, Zinn-Eberswalde.

Im ganzen 171 Teilnehmer.

Herr Fürstner eröffnet die Versammlung um 9 Uhr.

Am Vorstandstisch nehmen die Herren: Fürstner, Hitzig, Kreuser, Pelman, Siemens Platz.

Zu Schriftführern wurden die Herren Vogt und Weber bestimmt.

Herr Fürstner begrüßte die Vertreter der Behörden, die Mitglieder und Gäste, und gedachte dann des so plötzlich dahingeschiedenen bisherigen Vorsitzenden Jolly und der ebenfalls in diesem Jahre verstorbenen Mitglieder des Vereins: Bumm-München, Emminghausen-Freiburg, Meyer-Roda.

Die Versammlung ehrt das Andenken dieser Männer durch Erheben von den Sitzen.

Die Versammlung wurde dann von den anwesenden Ehrengästen begrüßt, zunächst von dem Prorektor der Universität, Prof. Leo, der als Hausherr die Gäste in diesem Raume willkommen hieß. Nach ihm sprach der Chef der Hannoverschen Provinzialverwaltung, Landesdirektor Lichtenberg. Er betonte, welche besondere Bedeutung im Kreise der Angelegenheiten der Provinzialverwaltung die Fürsorge für die Geisteskranken besitze. In diesem wichtigen Verwaltungszweige sei die Provinz auf den sachverständigen Rat der Psychiater angewiesen, denen sie auch vertrauensvoll die Leitung der Anstalten und die Behandlung und Pflege der Kranken in die Hand gebe. Redner wies dann auf das neue Werk hin, das die Provinz mit der Errichtung des Nervensanatoriums Rasemühle getan habe, und sprach die Hoffnung aus, daß auch andere Provinzen auf diesem Wege nachfolgen würden. Nach ihm begrüßten noch die Versammlung Oberbürgermeister Calsow und, als Vertreter des Dekans der medizinischen Fakultät, Geheimrat Prof. Braun.

Man ging nunmehr zu den geschäftlichen Verhandlungen über.

1. Der Vorstand hat eine Eingabe an den Herrn Justizminister gerichtet, betreffend die Tätigkeit der psychiatrischen Sachverständigen bei Entmündigungen, wie folgt:

Berlin, 5. März 1904.

Der unterzeichnete Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie (früher Verein der deutschen Irrenärzte) ist durch Beschluß der Jahresversammlung 1903 beauftragt worden, Eurer Excellenz das folgende zu unterbreiten:

Durch Eurer Excellenz Erlaß vom 28. November 1899 waren die Gerichte angewiesen, im Entmündigungsverfahren die Wahl der Sachverständigen in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so soll die Wahl wenn möglich auf einen Kreisarzt oder auf einen zu diesem Amt geprüften Arzt gerichtet werden.

Dem entgegen bestimmt der Erlaß vom 9. Oktober 1902, daß als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren regelmäßig der Gerichtsarzt (bezw. Kreisarzt) als der für medizinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige, erforderlichenfalls sein Assistent, zuzuziehen ist. Andere Personen sollen nach § 404 Ziv.P.O. nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.

Diese auffällige Abänderung ist nur dann verständlich, wenn Euer Excellenz angenommen haben, daß bei den jetzigen Kreisärzten immer dasjenige Maß von psychiatrischen Fachkenntnissen vorhanden ist, welches früher nur bei den Spezialärzten der Irrenheilkunde vorausgesetzt wurde.

Nachdem der Umfang der medizinischen Wissenschaften derartig gewachsen ist, daß ein einzelner das Ganze nicht mehr beherrschen kann, haben sich Publikum und Behörden immer mehr den Spezialärzten zugewandt, wenn die Notwendigkeit vorliegt, in besonderen Fällen wirklich sachverständigen Aufschluß und Hülfe zu erlangen.

Wenn auch ohne weiteres zugegeben werden kann, daß die psychiatrische Ausbildung der Kreisärzte heute eine bessere ist als früher, so muß man doch sagen, daß die Kreisärzte — von einigen Ausnahmen abgesehen — weit davon entfernt sind, Spezialärzte für Irrenheilkunde zu sein.

Vollends in den Fällen, in welchen sich ein zu Entmündigender bereits kürzere oder längere Zeit in einer Anstalt für Geisteskranke befindet, ist anzunehmen, daß die Anstaltsärzte sowohl über die nötigen Nachrichten über das Vorleben, die Familienverhältnisse und die Ursachen und die Art der Geistesstörung, als auch über das nötige tatsächliche Material bezüglich der vorangegangenen und noch bestehenden Krankheitserscheinungen verfügen und daß sie daher am besten in der Lage sind, wirklich sachverständig das Leiden zu beurteilen.

Bestehen nun zwischen den Anstaltsärzten und dem Kreisarzt freundschaftliche Beziehungen, werden dem Kreisarzte die Anstaltsakten und Krankengeschichten zur Verfügung gestellt und wird ihm alle Aufklärung und Belehrung seitens der Anstaltsärzte zuteil, so kann er möglicherweise ein hinreichend begründetes, zutreffendes Gutachten abgeben. Immerhin aber wird dies nicht sein geistiges Eigentum, sondern ein Darlehn von den Anstaltsärzten sein. Im Falle aber dem Kreisarzt das Material der Anstalt verweigert wird, so ist der Kreisarzt auf das lückenhafte und unsichere Ergebnis seiner Augenblicksbeobachtungen bei den Vorbesuchen angewiesen. Es kann dadurch zu einer in wesentlichen Punkten mangelhaften oder unrichtigen Unterlage für den richterlichen Beschluß kommen.

Nur beiläufig wollen wir erwähnen, daß das Erscheinen des Kreisarztes in der Anstalt unter Umständen eine Störung der Hausordnung herbeiführen und die Kranken in unerwünschter Weise erregen und beunruhigen kann und daß, falls der Kreisarzt entfernter von der Anstalt wohnt, erhebliche Kosten für die Familien bzw. für die Staatskasse entstehen. Endlich ist die Berufung des Kreisarztes als Sachverständiger geeignet, das Ansehen der Anstalt und ihrer Ärzte im Publikum herabzusetzen und Mißtrauen gegen die Irrenärzte hervorzurufen. Die Irrenärzte haben dies um so weniger verdient, als doch ihnen allein die Förderung der wissenschaftlichen und gerichtlichen Psychiatrie zu verdanken ist. Die Kreisärzte haben das Gebiet immer nur als Nebenfach behandelt; sie sind ihrer Hauptaufgabe nach Hygieniker.

Die in § 404 der Ziv.Pr.O. vorgesehenen „besonderen Umstände“ sind u. E. dann vorhanden, wenn sich der zu Entmündigende in einer Anstalt befindet, in welcher Psychiater von Fach den Kranken behandeln und über seinen Zustand am besten und sachkundigsten Auskunft erteilen können. Will man zur größtmöglichen Sicherung des Ergebnisses der richterlichen Untersuchung außer dem Facharzt in der Anstalt noch den zuständigen Kreisarzt zuziehen, so kann dagegen nichts eingewendet werden.

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen hat die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Jena 1903 einstimmig ihre Meinung dahin geäußert:

daß die unbedingt nötige Gewähr für die Beibringung eines zuverlässigen Beweismaterials für den Geisteszustand zu entmündigender Anstaltsinsassen nur darin gesehen werden kann, daß zur Abfassung des Gutachtens die Anstaltsärzte als Sachverständige hinzugezogen werden.

Eure Excellenz bittet der unterzeichnete Vorstand, durch eine allgemeine Verfügung den Gerichten nahezu legen, nach dem vorgesagten zu verfahren.

Der Vorst. des D. V. f. Psych.

I. V.

Laehr. *Siemens.*

Hierauf ist folgende Antwort eingegangen:

Der Justizminister.
J.N. I 1549.

Berlin, 10. März 1904.

Die Annahme des Vorstandes, daß durch die Allgemeine Verfügung vom 1. Oktober 1902 (Just.-Min.-Bl. S. 246) die Gerichte angewiesen seien, den Gerichtsarzt bzw. Kreisarzt bei Untersuchungen des Geisteszustandes in Entmündigungssachen zuzuziehen, ist nicht zutreffend. Nach § 404 der Ziv.P.O. und § 72 der Str.P.O. steht vielmehr die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen dem Gerichte zu. Schon aus diesem Grunde bin ich nicht in der Lage, dem Schlußantrage der Eingabe zu entsprechen.

Der § 14 der allgemeinen Verfügung vom 28. Nov. 1899 (Just.-Min.-Bl. S. 388), dessen No. 2 durch die Allgemeine Verfügung vom 1. Oktober 1902 eine veränderte Fassung erhalten hat, verfolgt nach seinem Wortlaut nur den Zweck, den Gerichtshöfen die Beachtung gewisser Punkte zu empfehlen, sie insbesondere auf die Rechtslage hinzuweisen. Diese ist seit dem Gesetze, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes usw. vom 6. September 1899 (Ges.-Samml. S. 172) dahin normiert, daß der Kreisarzt regelmäßig Gerichtsarzt und als solcher öffentlich bestellter Sachverständiger ist. Daß sich diese seine Stellung auch auf die Untersuchung von Gemütszuständen beziehen soll, ist in der Begründung des Entwurfes zu jenem Gesetz ausdrücklich anerkannt worden. (Drucksachen des Abgeordnetenhauses Nr. 136 — 19. Legislaturperiode I. Session 1899 — S. 25 in Verbindung mit S. 10.) Da nun andere Personen als öffentlich bestellte Sachverständige nur dann zu Sachverständigen gewählt werden können, wenn besondere Umstände es erfordern, so entspricht die Allgemeine Verfügung vom 1. Oktober 1902 nur der durch das Gesetz selbst, insbesondere den § 9 für den Kreisarzt geschaffenen Rechtslage.

Übrigens steht nichts im Wege, daß die Gerichte in der besonderen Qualifikation des Leiters einer öffentlichen Irrenanstalt oder in seiner Vertrautheit mit dem Zustande des in der Anstalt untergebrachten Kranken einen „besonderen Umstand“ erblicken, der seine Zuziehung als Sachverständiger erfordert. Doch steht dem Justizminister hinsichtlich einer solchen Beschlußfassung eine direkte Einwirkung auf die Gerichte nicht zu.

In Vertretung

gez.

Küntzen.

An den Vorstand
des Deutschen Vereins für Psychiatrie
z. H. des Herrn Geheimen San.-Rat
Prof. Dr. *Laehr*, Hochwohlgeboren
Zehlendorf.

Der Vorsitzende ist der Ansicht, daß vorläufig in der Angelegenheit keine weiteren Schritte getan werden können und beantragt, eine abwartende Haltung einzunehmen, was die Versammlung beschließt.

2. Der Verein hat schon vor einiger Zeit darauf hingewiesen, wie wichtig es sei, daß den Anstaltsärzten Gelegenheit geboten würde, von Zeit zu Zeit an einem Fortbildungskursus für Ärzte teilnehmen zu können. Um der Frage näher zu treten, wählt die Versammlung eine Kommission, bestehend aus den Herren *Stoltenhoff*, *Peretti* und *Vocke*, welche das einschlägige Material näher bearbeiten und im nächsten Jahre darüber berichten sollen. Von mehreren Seiten wurde außerdem mitgeteilt, daß die Verwaltungsbehörden, z. B. in der Rheinprovinz, Baden und Bayern, Mittel zur Verfügung gestellt haben, um den Ärzten die Teilnahme an der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu ermöglichen. Die Versammlung ist der Ansicht,

daß auf diesem Wege weitere Erfolge erreicht werden, wenn die Anstaltsdirektoren mit ihren Verwaltungsbehörden direkt in Verbindung treten unter Berufung auf die Präzedenzfälle.

3. Die in der Vorstandssitzung beschlossene Einrichtung einer Laehr-Stiftung wird der Versammlung zur Beschlußfassung vorgelegt. Es soll vom Verein ein Kapital gesammelt werden, das durch Zuwendungen von verschiedenen Seiten allmählich bis auf 100 000 Mark gebracht werden soll und durch dessen Zinsen wissenschaftliche und praktische Leistungen auf dem Gebiet der Psychiatrie gefördert werden sollen. Der Vorstand schlägt vor, aus dem Vereinsvermögen zunächst einen Grundstock von 5000 Mark zu überweisen und die Verwaltung einer dreiköpfigen Kommission zu übertragen, welche aus Geheimrat Laehr, dem Vorsitzenden und dem Kassensführer des Vereins besteht. Die Kommission soll bis zum nächsten Jahre Statuten ausarbeiten. Die Versammlung nimmt diesen Antrag ohne Diskussion an.

4. Herr *Hoche*-Straßburg berichtet über die Arbeiten der statistischen Kommission. Das eingelaufene Material sei ein so massenhaftes, daß die Ausarbeitung einer Broschüre, wozu die Kommission beauftragt war, erst nach Ablauf von vollen 2 Jahren erfolgen könne. Die Kommission solle dann die forensisch-psychiatrische Frage noch besonders ins Auge fassen.

Wissenschaftliche Verhandlungen.

Als erster spricht Herr Geheimrat Dr. *Fürstner*-Straßburg über: Nervenpathologie und Psychiatrie.

F. geht davon aus, daß 40 Jahre vergangen seien, seit *Griesinger* für die Vereinigung der beiden Fächer eingetreten sei und die gemeinsame Direktion einer psychiatrischen und Nervenkllinik geführt habe. Seitdem hätten wissenschaftliche Versammlungen und Fachblätter dasselbe Ziel zu erreichen versucht. Die Diskussion über diese Frage sei aber trotzdem nicht abgeschlossen. Neuerdings hätte sich sogar wiederum Gegnerschaft gegen die Angliederung der Neuropathologie geltend zu machen gesucht, speziell hat *Fr. Schultze* die Nervenpathologie für die innere Medizin reklamiert. Zunächst sei allerdings noch eine Vorbedingung zu erfüllen, ehe man an eine Verknüpfung beider Fächer denken könne, es beständen noch nicht an allen Hochschulen selbständige psychiatrische Kliniken; bald müßten Krankenhausabteilungen, bald Provinzialanstalten Lehrzwecken dienen. Dieser Mißstand müsse zunächst beseitigt werden. Es könne keine Rede davon sein, daß später das Hauptgewicht auf das neurologische Gebiet gelegt werde, ebenso wenig soll der Irrenklinik bezüglich des Krankenmaterials Abbruch geschehen, so daß neurologischer Unterricht in derselben behindert oder unmöglich gemacht werde. *F.* normiert das Verhältnis beider Art Kranker zueinander auf 3:1, bei dieser geringen Größe werde es überall leicht möglich sein, Nervenabteilungen zu errichten, selbst auch als Notbehelf an den Provinzialanstalten, wenn auch mit besonderen Aufnahme- und Betriebsverhältnissen. *F.* plädiert ferner für die Errichtung von Polikliniken für Nerven-

krankte an den psychiatrischen Kliniken und den Landesanstalten. Die Vereinigung beider Fächer sei zunächst erstrebenswert im Interesse des akademischen Unterrichts; in die psychiatrischen Kliniken kämen eine ganze Reihe Nervenkranker nicht, bei denen doch psychische Störungen die wichtigste Rolle spielten; es werden genannt viele Fälle von sogenannter traumatischer Neurose, ferner Hypochondrien, Hysterien, weiter Träger von Psychoseosen, manche Epileptiker und Hysterische. Es könnten auf den Nervenabteilungen den Studierenden demonstriert werden die Anfangsstadien mancher Psychosen, die später Aufnahme auf die psychiatrische Klinik finden müßten. Auch für den akademischen Lehrer sei die Vereinigung wünschenswert, die Anwendung der in der Neuropathologie üblichen Untersuchungsmethoden, die Verwertung objektiver Befunde geben nicht nur vielfach wissenschaftliche Anregung, sie schützen auch vor einseitiger theoretischer Beschäftigung.

Die Vereinigung sei weiter erwünscht im Interesse einer möglichst günstigen Vorbereitung und Ausrüstung der speziellen Ausbildung der Nervenärzte. Sie würden sich einmal geeignetes psychiatrisches, sie würden sich auch das nötige neurologische Wissen aneignen können, was in der Irrenklinik nicht immer möglich sei. Denselben Zwecken könnten auch dienstbar gemacht werden die Polikliniken für Nervenkranken an den Landesanstalten. Weiter würde das Beisammensein beiderlei Kranker in derselben Anstalt, die mannigfachen Eindrücke, welche die beiderseitigen Angehörigen empfangen würden, dazu beitragen, die Vorurteile zu zerstören, die heute immer noch bezüglich der Geisteskranken und der Anstalten bei den Laien bestehen. Die Trennung zwischen Geistes- und Nervenkranken sei vielfach eine künstliche. Auch bei den letzteren spielten oftmals Stimmungsanomalien, Intelligenz- und Willensstörungen die Hauptrolle. Das Bild, das sich der Laie von Geisteskrankheiten und Anstalten mache, sei unzutreffend. Die Absplitterung der Neuropathologie von der inneren Medizin in den Grenzen, in denen *F.* sie sich denkt, stelle eine geringere Schwächung dar, wie sie schon jetzt durch die Abtrennung mancher Organerkrankungen geschaffen sei. Der etwaige Ausfall werde durch die Vertiefung und Vermehrung der Stoffwechselstudien, der Röntgentechnik mit ihren Konsequenzen, und anderer Gebiete mehr als ausgeglichen. *Schultze* ginge zu weit, wenn er von den inneren Klinikern Kenntnis der Hysterie in allen Formen, der progressiven Paralyse und anderer Psychosen erwarte, bei deren Abmessung Konflikte mit den Fachpsychiatern unvermeidlich seien.

F. erörtert weiter die Frage, ob bisher zwischen beiden Fächern ein ersprießlicher Austausch wissenschaftlicher Arbeiten stattgefunden habe und in Zukunft zu erwarten sei. Die Zahl der Arbeiter sei auf beiden Seiten sehr verschieden, zu den eigentlichen Neurologen hätten sich viele Mitarbeiter aus Nachbargebieten gesellt, auch eine Reihe Psychiater hätten rein neuropathologische Arbeiten geliefert, dagegen sei die Betätigung an psychiatrischen Aufgaben gering gewesen. *F.* hofft, daß sich dies Verhältnis in Zukunft günstiger gestalten werde, wenn schon infolge der Einführung der Psychiatrie

als Prüfungsgegenstand bei den Nervenärzten von vornherein größeres psychiatrisches Wissen vorhanden sein werde. *F.* zählt eine Reihe von Arbeiten auf, die beiden Gebieten zu gute gekommen seien und betont, daß, wenn auch aus den klinischen, psycho-physiologischen, psychologischen Studien weitere Förderung zu erwarten sei, erst die Verbindung der Neuropathologie mit der Psychiatrie über viele Gebiete Klarheit schaffen werde. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Hoche*-Freiburg äußert sich auf Grund eigener Erfahrungen in durchaus zustimmendem Sinne zu dem gehörten Referat. Der Unterricht in rein psychiatrischen Kliniken, der dem Lehrer nur Fälle von ausgesprochenen Psychosen zur Verfügung stellt, gibt dem Studierenden ein ganz falsches Bild von dem psychischen Material, das ihn in der Praxis erwartet. Die Kombination von Neuropathologie und Pathologie gibt weiterhin den betreffenden Instituten der Bevölkerung gegenüber eine ganz andere Stellung, die Kranken sind viel eher bereit, sich aufnehmen zu lassen, wenn ihnen die Möglichkeit offen steht, unter der Firma Nervosität einzutreten. Endlich ist es für die Person des Lehrers der Psychiatrie von größtem Wert, nicht einseitig auf die Beschäftigung mit schweren Fällen von Geistesstörung angewiesen zu sein.

Herr *Sommer*-Gießen weist darauf hin, daß außer in Kiel und Tübingen noch an andern Universitäten Einrichtungen im Sinne des Referates bestehen. U. a. ist in Gießen die Aufnahme von Nervenkranken in die Klinik durch das Regulativ ermöglicht, auch ist eine Poliklinik für Psychisch-Nervöse vorhanden, sodaß nervenpathologischer Unterricht erteilt werden kann. Das Studium von Übergangsfällen zwischen den Geisteskranken und den Normalen ist besonders auch für die experimental-psychologische Forschung durchaus nötig, da die einseitig psychologische Auffassung zu Fehlern der Auffassung und Ausschaltung wesentlicher Symptome führt. Bei den Nervösen sind die eigenartigen psychischen Abnormitäten mit besonderen Erscheinungen des Nervensystems z. B. im Gebiet der Reflexe, des psychomotorischen Verhaltens usw. verknüpft. Es muß daher auch vom Standpunkt der Experimental-Psychologie das Studium der nervösen Erscheinungen gefordert werden.

Herr *Anton*-Graz: Wir kommen zunächst nicht über die Tatsache hinaus, daß das Gehirn ein Teil des Körpers ist. Die Gehirnneuropathologie ist von der Psychiatrie schon deshalb nicht trennbar, weil die Herdpsychosen geradezu ein Fundament abgeben für die Beurteilung der Allgemein-Psychosen. Die Gehirnkrankheiten zeigen schon in ihren Erblichkeitsverhältnissen, daß sie eine Familie sind.

Die Psychiatrie, welche für die Rassenhygiene noch soviel zu leisten hat, darf sich wohl nicht darauf beschränken, sich um den Nervenkranken erst zu kümmern, wenn er irrehandelt und irreredet. Deshalb ist das Krankmaterial in den psychiatrischen Kliniken der Krankenhäuser vielseitiger und für die genannten Zwecke verwendbarer als die Kategorien in den Anstalten. Die Krafftlinien der Psychiatrie reichen in viele Gebiete und umgekehrt; auf

Vielseitigkeit sind wir Psychiater angewiesen, darum die Parole: Das ist Freude, das ist Leben, wenns von allen Zweigen schallt.

Herr *Bruns*-Hannover möchte den Zusammenhang zwischen Neuropathologie und Psychiatrie spez. noch in Rücksicht auf den ärztlichen Nachwuchs aufrecht erhalten. Ein großer Teil der jüngeren Psychiater, die heute in Anstalten vorgebildet werden, treten später in die Praxis und zwar als Nervenärzte. Für diese ist zwar die Psychiatrie sehr wichtig, aber noch mehr die Neuropathologie, da ihre Tätigkeit im Gebiet der Psychiatrie immer sehr beschränkt ist.

Herr *Weygandt*-Würzburg: Soweit es sich um die Frage handelt: steht die Neurologie der inneren Medizin näher oder der Psychiatrie? wird wohl jeder in dieser Versammlung die Ausführungen des Herrn Vortragenden unterschreiben. Wenn trotzdem manche Kliniken, wie in Bayern, noch keine offene Abteilung haben, läßt sich das aus der historischen Entwicklung verstehen. Die medizinischen Disziplinen sind ursprünglich methodologische Einheiten, Chirurgie besorgt manuelle Eingriffe, Psychiatrie die Verwahrung. Wenn heutzutage auch neben dem methodologischen Gesichtspunkt auch der inhaltliche hinsichtlich der Verteilung der Fälle vorherrscht, bleibt doch auch von neurologisch-psychiatrischem Material ein wichtiger Teil den Psychiatern wie den Internisten aus Gründen der therapeutischen Methoden entzogen, das Gebiet der Hirn- und Rückenmarkschirurgie.

Es fragt sich, ob in Großstädten sich nicht besondere Nervenkliniken neben psychiatrischen und internen empfehlen, wie vielfach im Auslande, so in Moskau. Das nächste Desiderat ist zweifellos die Errichtung von Polikliniken für Psychisch-Nervöse; auch in Würzburg wurde ein Versuch gemacht, der bisher zur Zufriedenheit ausfiel. Wenn die Psychiatrie ihren Machtbereich ausdehnen will, so sollte sie ein Gebiet nicht übersehen, das ihr nicht von Internen, sondern von Nichtärzten vorenthalten wird, die Idiotie, die da vorwiegend in Händen von Pädagogen und Geistlichen liegt. Die Frage ob bei der Personalunion hinsichtlich der Forschungstätigkeit nicht die Psychiatrie zu kurz komme, ist nicht ohne weiteres zu verneinen. Nach *Mendels* Jahresbericht verhält sich die neurologische Produktion zur psychiatrischen etwa wie 5 : 1, nach dem Referat *Fürstners* über die Tätigkeit der südwestdeutschen Irren- und Nervenärzten bei ihren ersten 25 Tagungen etwa wie 10 : 1. Vor allem hat, wohl nicht ohne Konnex mit der Beliebtheit der Neuropathologie bei den Irrenärzten, die experimentelle Psychologie noch nicht die ihr gebührende Stellung. Der experimental-psychologische Kongreß in Gießen hat gezeigt, was diese junge Wissenschaft vermag und wieviel Anregung auch für uns zu holen ist. Erfreulicherweise werden jetzt an den beiden größten Kliniken Laboratorien für Experimentalpsychologie errichtet. Neuropathologie und Experimentalpsychologie müssen beide gleichberechtigte Hilfsdisziplinen der Psychiatrie werden.

Gerade sog. funktionelle Neurosen sind für experimentalpsychologische Untersuchungen geeignet. Da der Anschluß einer offenen Abteilung an

psychiatrischen Kliniken die Föhlung mit dem Publikum erleichtert, ergibt sich daraus das Hauptargument für die Annäherung: das Wohl der psychisch Kranken.

Herr *Alzheimer*-München: Da Herr *Hoche* erwähnt hat, daß *Kraepelin* andere Anschauungen habe über die Zusammenfassung der Neurologie und Psychiatrie, als sie in den Ausführungen des Referenten zur Darlegung gekommen sind, möchte ich wenigstens die Gründe anführen, die ihn zu seiner Stellungnahme veranlassen und darauf hinweisen, daß die Meinungsverschiedenheiten gar nicht so weitgehende sind, wie es zunächst scheinen möchte. Daß der Psychiater sich eine besondere Ausbildung in der Neurologie aneignen muß, daß hundertfältige Beziehungen Neurologie und Psychiatrie verbinden, ist von *Kraepelin* nie geleugnet worden. Nur praktische Erfahrungen bestimmen seine andere Stellung. Die Neurologie und Psychiatrie sind Schwestern, von denen die erstere mit größeren Reizen ausgestattet, leichter die Augen auf sich zieht und sich auch nicht lässig zeigt in der Belohnung ihrer Verehrer, sei es mit interessanten Fällen, seltenen Krankheitsformen, hübschen übersichtlichen Präparaten, neuen Reflexen. So kommt es, daß sie viele Psychiater mehr oder minder ganz in ihren Bann zieht und daß selbst von der inneren Medizin nicht wenige die Neurologie zu ihrem Arbeitsgebiete wählen. Die Folge davon ist, daß die Neurologie heute schon über einen ganz erheblichen Besitzzustand fertigen Wissen verfügt. Die andere Schwester, die Psychiatrie, wird aber spröder und spröder, je mehr man sich ihr nähert, und gelingt es, ihr schließlich etwas abzurufen, so behaupten die andern, das sei nichts, das sei Schutt, in irgend einer Klinik ausgegraben, oder, es sei schon früher dagewesen; damals war es aber auch für nichts erklärt worden. Unter solchen Umständen kann natürlich das Arbeiten in der Psychiatrie viel weniger Freude machen. So kommt es, daß in der Psychiatrie das Feststehende wenig, das Strittige viel, das noch gänzlich Unbekannte das meiste ist und daß namentlich auch nach den Grenzgebieten hin noch fast alles zu tun ist.

Meiner Meinung nach hat nun *Kraepelin* sehr recht daran getan, wenn er eine Arbeit, die auch andere tun können, diesen überlassen will, und alle Kräfte auffordert, zusammen zu arbeiten, daß wir in der Psychiatrie, die uns zunächst liegen muß, vorwärts kommen. Es dürfte für uns gleichgültig sein, wer sich mit einer Facialis- oder Radialislähmung befaßt. Unser ureigenstes Gebiet aber müssen alle Krankheitsfälle bleiben, wo es sich um psychische Störungen, um Veränderungen im Vorstellen, Empfinden und Wollen handelt. So gehören in unser Gebiet auch die sog. Neurosen. Ich glaube, daß wir solche Fälle zum Studium und zu Lehrzwecken und, wie Herr *Sommer* wünscht, zu psychologischen Untersuchungen in genügender Zahl bekommen, sobald wir die Aufnahme in die Irrenklinik nach jeder Weise erleichtern. Sind die Aufnahmebedingungen so komplizierte wie z. B. in Baden, dann bleiben sie den Kliniken fern.

In München soll mit der Irrenklinik eine offene Abteilung und eine Poli-

klinik eingerichtet werden, um auch die leichteren Psychosen, Übergangszustände, der Beobachtung und Lehrzwecken zugänglich zu machen.

Herr *Wollenberg*-Tübingen bemerkt, daß die Tübinger Klinik vom Herrn Referenten irrtümlich als psychiatrische und Nervenklinik bezeichnet worden sei. Tatsächlich sei sie eine rein psychiatrische Klinik, habe aber mit Hilfe einer Poliklinik für Psychisch-Nervöse und infolge des besonderen Verständnisses und Entgegenkommens des Tübinger inneren Klinikers keinen Mangel an den nötigen Grenzfällen. Immerhin sei auch für Tübingen eine entsprechende Änderung erstrebenswert.

Herr *Siemerling*-Kiel: Die unter meiner Direktive entstandenen Kliniken Tübingen und Kiel haben dieselben Aufnahmebedingungen wie die übrigen Kliniken, so in Tübingen, resp. gar keine, so in Kiel. Hier liegt der springende Punkt. Ich habe die feste Überzeugung, daß die Entwicklung dieser beiden Kliniken nur durch das Fehlen eines besonderen Aufnahmeregulativs und durch das Vorhandensein einer Poliklinik so möglich gewesen ist, wie sie tatsächlich ist. Es ist ohne alle Frage, daß Kliniken ohne Bestehen von Aufnahmebestimmungen am besten gedeihen, wie das Beispiel der beiden in Tübingen und Kiel zeigt.

Herr *Pelman*-Bonn tritt den Ausführungen des Vortragenden vollständig bei, wenn er persönlich auch der Neuropathologie fernstehe.

Herr *Schüle*-Illenau bemerkt gegenüber einer Äußerung *Alzheimers*, daß die Aufnahmebedingungen an den badischen Anstalten nicht so komplizierte seien. A. erwähnt noch, daß auch die Frankfurter Anstalt ohne jedes Aufnahmeregulativ arbeite.

In seinem Schlußworte faßt Vortragender nochmals seine Thesen zusammen und konstatiert die allgemeine Übereinstimmung der in der Diskussion vertretenen Anschauungen mit seinen eigenen.

Im Anschluß an das Referat *Fürstner* sprach Herr *Cramer*-Göttingen über die Heil- und Unterrichtsanstalten in Göttingen unter besonderer Berücksichtigung des Sanatoriums Rasemühle.

Vortragender wies darauf hin, daß noch vor verhältnismäßig wenigen Jahren in Göttingen nur eine Heil- und Pflegeanstalt vorhanden war, die als psychiatrische Klinik zu Unterrichtszwecken zur Verfügung gestellt war. Eine derartige Einrichtung, d. h. der Mangel einer besonderen psychiatrischen Klinik, ist im Prinzip als durchaus ungenügend zu bezeichnen. Indessen habe sich in der Provinz Hannover die Provinzialverwaltung stets durch ein großes Entgegenkommen ausgezeichnet, dadurch sei es auch möglich gewesen, mit den gleichzeitig durch die Regierung geplanten Einrichtungen zusammen in den letzten Jahren eine Reihe von Neueinrichtungen zu treffen, durch die es ermöglicht sei, den Anforderungen sowohl des nervenpathologischen als des psychiatrischen Unterrichts zu genügen. So gestatten die Einrichtungen der Anstalt den Studenten alle Vorrichtungen, die die moderne Psychiatrie zum Zwecke der Heilung und Pflege von Geisteskranken besitzt, vorzuführen. Die

Anstalt habe eine besondere historische Bedeutung dadurch, daß hier in Göttingen der Vorgänger des Vortragenden, *L. Meyer*, 34 Jahre lang tätig war, einer der bedeutendsten Begründer des no-restraint-Prinzips. Durch eine Reihe von Neubauten in den letzten Jahren, durch die Freimachung der Gärten, durch Niederlegung der Mauern, durch Einrichtung von Dauerbädern (im ganzen 16), durch Ausbildung der Familienpflege, sei vieles umgestaltet und erreicht. Dazu komme die Universitätspoliklinik für psychische und Nervenkrankte. Dieselbe habe in den drei Jahren ihres Bestehens eine fortlaufende Steigerung der Frequenz gezeigt. Während im 1. Jahre bei 280 Fällen 1404 Konsultationen erteilt wurden, stieg die Zahl im 2. Jahre auf 553 mit 3100 und wurden im letzten Jahre an 617 Patienten 4114 Konsultationen erteilt. Unter den Fällen sind die organischen Nervenkrankungen sehr in den Hintergrund getreten. Trotz dieser mannigfachen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel haben die letzten Jahre doch gezeigt, daß die Poliklinik in Verbindung mit der Provinzial-Heilanstalt nicht ausreiche für eine durchgreifende und allen Anforderungen gerecht werdende Betätigung des Unterrichts, es sei deshalb sehr zu begrüßen, daß im nächsten Monat eine kleine klinische Station in Verbindung mit der Poliklinik eröffnet werde, und, da auch in absehbarer Zeit die Errichtung einer besonderen Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankte sichergestellt sei, so könne in dieser Beziehung allen Anforderungen für wissenschaftliche und Unterrichtszwecke entsprochen werden. Eine besondere Einrichtung sei das Sanatorium Rasmühle, das im letzten Jahre errichtet wurde. Zweck der Gründung war die Schaffung eines Sanatoriums für nervöse Kranke aus den minderbemittelten Ständen und es ist dies die erste aus öffentlichen Mitteln errichtete derartige Heilstätte Deutschlands. Leitender Gedanke bei der Errichtung des Sanatoriums, das aus mehreren früher in Privatbesitz gewesenen Gebäuden umgebaut wurde, war, jeden Anstaltscharakter zu vermeiden, deshalb wurde einmal jede Trennung von männlichem und weiblichem Geschlecht in besonderen Abteilungen vermieden, um ganz die Verhältnisse einer Familienpension zu schaffen. Dieses Prinzip hat sich ganz außerordentlich bewährt und zu keinerlei Unzuträglichkeiten geführt. Ein Oberarzt steht dem Sanatorium vor. Vortragender ist Direktor des Sanatoriums in seiner Eigenschaft als Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie und Nervenheilkunde an der hiesigen Universität. Prinzip bei der Aufnahme ist der absolute Ausschluß von Geisteskranken, Epileptikern und Selbstmordsüchtigen, was in einzelnen Fällen immer besonders attestiert werden muß.

Herr *Henneberg*-Berlin: Über das Gansersche Symptom.

Die Ausführungen des Vortragenden gründen sich auf etwa 25 in der Charité gemachte Beobachtungen. Er unterscheidet das *Gansersche* Symptom, das Vorbeireden im engeren Sinne, von dem *Ganserschen* Symptomenkomplex oder Dämmerzustande. Das „Vorbeireden“ besteht darin, daß auf einfache Fragen falsche Antworten gegeben werden, die aber eine gewisse nahe Be-

ziehung zur richtigen Antwort erkennen lassen. Natürlich darf nicht eine einzelne derartige Beantwortung in diesem Sinne aufgefaßt werden, sondern es muß dieselbe Erscheinung bei einer ganzen Reihe von Fragen auftreten. Zu unterscheiden sind hiervon die paralogischen Antworten der Katatoniker, welche keine oder nur sehr entfernte Beziehungen zur Fragestellung aufweisen. Das Symptom kommt andeutungsweise bei hysterischen und hypochondrischen Unfallkranken vor, unmittelbar im Anschlusse an gewöhnliche hysterische Krampfanfälle und im posthypnotischen Zustande. Akut verlaufende Fälle, wie sie *Ganser* geschildert hat, werden nur selten in der Charité beobachtet. Aus dem *Ganserschen* Symptom allein kann das Bestehen eines Dämmerzustandes nicht geschlossen werden. In den meisten Fällen, in denen es vorlag, handelte es sich um hysterische Psychosen bei kriminellen Individuen. Von hysterischen Erscheinungen bestanden neben Krampfanfällen besonders Analgesien und Sprachstörungen. Trotz mancher katatonischer Züge wurden die Fälle dem hysterischen Irresein zugerechnet, da der Krankheitsverlauf in deutlicher Abhängigkeit von der Situation der Kranken stand, da weitgehende Remissionen nach Erledigung des gerichtlichen Verfahrens eintraten und eine Verblödung nicht nachweisbar war. Das *Gansersche* Symptom kommt etwa 5mal so oft bei kriminellen als nicht kriminellen Fällen vor. Der Wunsch, krank zu erscheinen, ist bei den hysterischen Kranken mehr oder weniger beim Zustandekommen des Symptoms wirksam. Erleichtert wird das Zustandekommen ferner durch die meist bei den Kranken bestehende Denkerschwerung; auch eine suggestive Art der Fragestellung und Antosuggestion verstärkt und befestigt das Symptom. In anderen Fällen, z. B. bei Imbezillität, kommt das Symptom zustande als Folge einer abnormen Affektwirkung oder auch Simulation. Eine besondere diagnostische Bedeutung kommt dem *Ganserschen* Symptom nicht zu. In kriminellen Fällen ist ein häufiges Fragen nach ganz einfachen Dingen nicht empfehlenswert, da die betreffenden Personen dadurch zur Simulation oder Aggravation verleitet werden, oder eine schädliche Suggestion ausgeübt wird.

(Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Ganser*-Dresden bemerkt, daß das Symptom des Vorbeiredens in der Tat zuerst von *Moeli* in durchaus zutreffender Weise skizziert worden ist; sei es schon deshalb nicht berechtigt, das Vorbeireden als „*Gansersches* Symptom“ zu bezeichnen; es empfehle sich dies auch deshalb nicht, weil es zu Mißverständnissen führen müsse, zur Verwechslung des Symptoms des Vorbeiredens und des Symptomenkomplexes, den er (*Ganser*) im Jahre 1887 beschrieben habe. Dieser Symptomenkomplex, der sich im wesentlichen aus einer Bewußtseinsstörung, Vorbeireden und gewissen körperlichen Erscheinungen zusammensetze, sei ausschließlich eine Form der hysterischen Geistesstörung; in diesem Sinne habe er seinen früheren Darlegungen nichts hinzuzufügen. Davon habe er sich allerdings überzeugt durch Veröffentlichungen, unter welchen besonders die *Westphalsche* zu nennen sei,

und durch eigene Erfahrungen, daß das Vorbeireden allein auch bei andern Psychosen, besonders bei der Katatonie vorkomme; es handle sich da um das Symptom, nicht um den von ihm beschriebenen Symptomenkomplex.

Herr *Hoche*-Freiburg: Über Einteilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv f. Psychiatrie.)

Vortragender betont, daß je nachdem von physiologischen, von anatomischen oder klinischen Voraussetzungen ausgegangen werde, die Einteilung ganz anders ausfalle. Es sei aus der Besonderheit des Objektes und der historischen Entwicklung zu verstehen, warum gerade in der Psychiatrie die Einteilung der Krankheitsformen so große Bedeutung und so große Schwierigkeiten habe. Die Notwendigkeit einer bestimmten Formulierung liege dann vor, wenn es sich um die Lehrtätigkeit handle, deshalb sei auch die Umgestaltung der medizinischen Prüfungsordnung Anlaß, gerade diesen Punkt auf die Tagesordnung zu setzen. Es handle sich nicht darum, eine neue Klassifikation zu geben, sondern nur darum, die gegenwärtigen Klassifikationen an der Hand des praktischen Bedürfnisses zu prüfen. Es ist notwendig, neue Bezeichnungen zu vermeiden; der einzelne müsse Konzessionen machen, namentlich im Lehrvortrag in gewissem Umfange sich den herrschenden Anschauungen fügen, nicht dagegen könne das gleiche von der freien wissenschaftlichen Forschung verlangt werden. Mehr als eine elementare Kenntnis sei im psychiatrischen Unterricht nicht zu erwarten; für praktische Zwecke genüge die Nebeneinanderstellung des Materials und eine bewußt prinzipienlose Gruppierung der Tatsachen. Für die Behandlung des Unterrichtsstoffes sei es wichtig, sich die Frage vorzulegen: welche Gebiete sind strittig. Übereinstimmung herrsche in der Lehre von den organischen Psychosen, dann bei den angeborenen Störungen, dann bei denjenigen, die einheitliche und klare Ätiologie besitzen (Alkoholismus, Morphinismus, thyreogene Erkrankungen u. dgl.) bei der Epilepsie- und Hysteriefrage. In letzterem Falle weniger in bezug auf Definition, als in bezug auf den adjektivischen Begriff. Weniger einfach und einheitlich, wenn auch noch im Bereich einer möglichen Verständigung, liege die Sache bei der Manie, der Melancholie, dem periodischen und zirkulären Irresein. Als eigentliche Differenzpunkte können gelten die Paranoiagruppe und die Dementia praecox. Bei der ersteren handelt es sich hauptsächlich um die Frage nach der akuten Form, deren Existenz von manchen Seiten bestritten werde. In der Dementia praecox-Frage ist die Diskussion heutzutage schon etwas weniger scharf geworden, indem sich nicht wenige Autoren schon dem *Kräpelin*'schen Standpunkte immer mehr genähert haben. Am meisten Differenz herrscht noch in der Lehre von den Katatonieformen. Das Adjektivwort „katatonisch“ ist jetzt aber auch schon allgemein im Gebrauch. Das Gebiet, auf dem man sich verständigen kann, ist demnach ein sehr großes. Es handelt sich ja überhaupt namentlich um die Frage: was ist eigentlich hinter den Examensbestimmungen zu suchen? Darauf sei zu erwidern, daß im

psychiatrischen Unterricht die Anforderungen des praktischen Arztes der **Maßstab** seien, und daß es sich also nur darum handle, dem Studenten eine elementare Kenntnis der Psychiatrie zu verschaffen; eine solche könne ohne die Betonung einer systematischen Klassifikation sehr wohl erreicht werden. Vortragender betont noch besonders, daß für den praktischen Arzt die Fähigkeit, den Beginn einer Geisteskrankheit und einfache, typische Fälle zu erkennen, zu fordern sei. In der Hand des praktischen Arztes liege vielfach die erste und wichtigste Entscheidung über das spätere Schicksal des Geisteskranken. Deshalb müsse auch im Examen verlangt werden, einfache und typische Fälle zu erkennen und deren Konsequenzen zu beurteilen (**Manie**, progressive Paralyse usw.). Mehr Anforderungen wären schon bei **organischen** Formen zu stellen, da hier die interne medizinische Vorbildung in Betracht komme.

Diskussion: Herr *Ziehen*-Berlin hält eine Übereinstimmung in der Klassifikation nicht für erforderlich. Was die Namengebung betrifft, so handelt es sich im wesentlichen darum, daß jeder Student eventuell geprüft wird im Sinne desjenigen Lehrers, bei welchem er gehört hat. Auch die Anführung synonymen Namen in einzelnen wichtigen Fällen hat vielfach einen didaktischen Wert (**akute Paranoia** — **Amentia** — **Hallucinoze** usw.).

Herr *Wernicke*-Halle erkennt die Schwierigkeit der Aufgabe des Herrn Referenten an. Sie liegt zum großen Teil in der Fassung der Examenordnung, in welcher ganz entsprechend den Bestimmungen fortgeschrittenerer Disziplinen die Stellung einer ganz bestimmten Diagnose verlangt wird. Sieht man davon ab, so wird man sich leicht über eine bestimmte Art, das Examen zu handhaben, einigen können. Redner gibt an der Hand gewisser Fragestellungen den Gang des Examins an, welchen er für notwendig hält und in 13jähriger Erfahrung bewährt gefunden hat. Dabei spielt die Frage der Diagnose nur eine ganz untergeordnete Rolle. Allerdings verlangt er den Nachweis der Geisteskrankheit durch Angabe ganz bestimmter Symptome.

Herr *Moeli*-Berlin: Bei der Stellung einer bestimmten Diagnose ist nicht der Gebrauch eines Namens wesentlich, sondern die Darlegung des Ganges der Überlegung, die Prüfung, ob und welche Überlegungen der Stellung der möglicherweise ganz richtigen Diagnose vorausgegangen sind. Man darf auch das Fragen nach den Begriffen der allgemeinen Psychiatrie nicht vernachlässigen. Diese Dinge sind sicherlich nicht unwichtig, das Verständnis hierfür ist unentbehrlich für den allgemeinen Praktiker.

Herr *Siemerling*-Kiel gesteht, auf dem Boden des *Hocheschen* Referates zu stehen. Kranke, bei denen die Frage entschieden werden soll, ob Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, zur Untersuchung im Staatsexamen zu verwenden, hält er für nicht geeignet. Will man die Bezeichnung ganz als gleichgültig und nebensächlich ansehen, dann befindet sich der Examinator zu sehr in der Rolle des lächelnden Anguren, welcher das Beste für sich be-

hält. Die Autoren, welche die Bezeichnungen geschaffen haben, wollen damit doch einen bestimmten Krankheitsbegriff verbunden wissen. Wir sollten nicht vergessen, daß sich hinter den verschiedenen Bezeichnungen oft doch noch unsere Unkenntnis verbirgt.

Herr *Hitzig*-Halle will neben der Berücksichtigung des Standpunkts eines andern auch die eigene Auffassung betont wissen, da dies dazu beitrage, dem Lernenden eine klare Vorstellung zu verschaffen.

Herr *Fürstner*-Straßburg: Wir müssen vorsichtig sein mit der Fassung. Ich teile *Wernickes* Standpunkt nicht; wir können in einer ganzen Reihe von Fällen sichere Diagnosen stellen, daran ist festzuhalten.

Herr *Wernicke*-Halle: Herrn *Siemerling* habe ich zu erwidern, daß ich die Diagnose der Geisteskrankheit natürlich nicht so gemeint habe, daß man dem Examinanden besonders schwierige Fälle zu beurteilen geben soll. Das wäre meines Erachtens ein schwerer Fehler des Examinators, der nur ganz klare und unzweifelhafte Fälle zum Examen wählen soll. Aber die genaue Angabe der Gründe, weshalb ein Individuum für geisteskrank erklärt wird, ist zu verlangen. Der Cursist darf sich nicht etwa auf den allgemeinen Eindruck berufen, wie dies in den Gutachten praktischer Ärzte zuweilen geschieht.

Herr *Weygandt*-Würzburg möchte, da *Kräpelin's* Lehre in den mit großer diplomatischer Kunst dargestellten Ausführungen des Herrn Referenten vielfach zitiert wurde, seine Richtung aber hier numerisch wenig vertreten ist, ersuchen, ein paar Worte zu dem Referat äußern zu dürfen. Wiederhall findet gewiß die Auffassung, daß die anfänglich geäußerten Bedenken über die babylonische Sprachverwirrung doch zu grell gemalt waren. Bisher lagen schon dieselben Schwierigkeiten vor bei der Physikatsprüfung, ja noch größere, da die Kandidaten oft vor vielen Jahren Psychiatrie an einer fernen Klinik oder Anstalt getrieben hatten. Die Studenten werden demnächst das Psychiatriestudium doch vorzugsweise im letzten Semester betreiben und dann schwerlich noch die Universität wechseln. Ferner haben andere Fächer ebenso große Divergenzen in Nomenklatur und Auffassung, so hinsichtlich der *Ehrlich'schen* Theorie. Noch verwickelter sind die Verhältnisse in andern Fakultäten, so in der Philosophie und Psychologie. Verwirrung gab es in der Psychiatrie schon vor *Kraepelin* in reichem Maße, so bei der Amentia, bei der Dipsomanie, die bald als Form des Alkoholismus, bald als Degenerationerscheinung aufgefaßt wurde. Nicht unwidersprochen lassen möchte ich die Wendung des Herrn Referenten, daß die Wirkung der *Kraepelin'schen* Lehre vorzugsweise darauf beruhe, daß sie nicht in Fachzeitschriften, sondern in packend geschriebenen Lehrbüchern niedergelegt sei. Damit erklärt sich doch unmöglich die Tatsache, daß auch das Ausland jener Lehre so lebhaft beistimmt, wie die Arbeiten und Bücher von *Evensen*-Norwegen, *Finzi*-Italien, von Franzosen und anderen über Dementia praecox, von *Rabitzer* in Dänemark über manischdepressives Irresein, sowie die vielfachen Vortragsthemen ähnlicher Art auf den Kongressen in Madrid, Lissabon usw. beweisen. Der Grund dieses Erfolges muß doch tiefer, muß in dem inneren Gehalt jener

Lehre liegen, die, wenn sie auch gewiß nichts endgültiges darstellt, uns doch in manchen Punkten ein Stück weiterbringt und vor allem hohe didaktische Vorzüge besitzt. Hinsichtlich einer Verständigung betreffs des Unterrichts ist zu betonen, daß auch in der *Kräpelin'schen* Klinik schon vor langen Jahren gelegentlich bei entsprechenden Fällen angegeben wurde, daß nach anderen Lehrsystemen die Diagnose einer akuten Paranoia usw. zu stellen sei.

Herr *Hoche* (Schlußwort): Um mit dem letzten der Herren Vorredner zu beginnen, so zeigt der Wortlaut meines Referates ganz klar, daß ich das nicht gesagt habe, was Herr *Weygandt* mir unterlegt; nicht daß *Kräpelin's* Lehre so ausgedehnten Einfluß gewonnen hat, führe ich auf sein Lehrbuch zurück, sondern daß dies in so raschem Tempo vor sich gegangen ist: der Wortlaut meines Referats hätte auch eigentlich keinen Zweifel an meiner Stellung zu dem inneren Werte von *Kraepelin's* Lehre lassen brauchen.

Im übrigen freue ich mich über die in allen wesentlichen Punkten vorhandene Übereinstimmung, die meine Erwartungen noch übertroffen hat. Ich möchte dabei nochmals betonen, daß alle meine Forderungen betreffs Rücksichtnahme auf Majoritäten u. dergl. sich ausschließlich auf den praktischen elementaren Unterricht beziehen; es wird mir niemand zutrauen, daß ich solche Grundsätze auf die Forschung übertragen sehen möchte.

Herr *Alt-Uchtspringe*: Die diätetische Behandlung der Epileptiker in Vergangenheit und Gegenwart.¹⁾

Bei einem großen Epileptikermaterial wird häufig die Beobachtung gemacht, daß die Zahl der von Anfällen Heimgesuchten bei vollkommen gleichbleibender Behandlung plötzlich beträchtlich anschwillt, binnen kurzem wieder abfällt und sich mit geringen Schwankungen nach unten oder oben um das aus einem längeren Zeitraum berechnete Mittel herumbewegt. Solche plötzliche Zunahme betrifft aber nicht alle Kostarten gleichmäßig. Während meist die Zunahme der Anfallszahlen fast ausschließlich durch die Esser der gewöhnlichen (Hausmanns-) Kost bedingt wird, kommt es bisweilen — freilich wesentlich seltener — vor, daß sich die Zahl der Krämpfe bei den Diätgenießern auffallend steigert. Diese Beobachtungen weisen darauf hin, daß bei der Behandlung der Epileptiker die Art der Beköstigung durchaus nicht gleichgültig ist, daß die Kostregelung selber einen gewichtigen Teil der Behandlung, einen wesentlichen Heilfaktor darstellt. Diese Ansicht, daß die Art der Ernährung auf den Verlauf der Epilepsie einen wesentlichen Einfluß ausübt, ist durchaus nicht neu. Schon die hervorragendsten Ärzte des Altertums, wie Hippocrates. Aretaeus, Asclepiades, Galenus, Soranus u. a., gaben Epileptikern genaue Diätvorschriften.

Zur Prüfung der in alter und neuer Literatur vertretenen Anschauungen über den Einfluß der Kostformen auf das Wohlbefinden der Epileptiker wurden in der Anstalt Uchtspringe zahlreiche systematische Versuche angestellt.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschr. f. klin. Medizin.

Der eine, welcher sich hauptsächlich damit befaßte, festzustellen, welche Kostart, ob animalische oder vegetabilische oder ob strenge Milchdiät das Leiden am günstigsten beeinflusse, war derart angestellt, daß drei Gruppen von je 8 Kranken gebildet wurden. Von diesen erhielt die Gruppe A vier Wochen abgewogene Mischkost, der etwas Fleisch beigegeben war, die Abteilung B ausschließlich vegetarische Nahrung, die Abteilung C ausschließlich Milchwiebackkost (mit Kochsalzzusatz). Nach je vier Wochen wechselten die Gruppen, um nach zwölf Wochen wieder zu der nicht abgewogenen Hauskost zurückzukehren. Auch bei dieser Kost wurden die Anfälle vor und nach dem Versuch vier Wochen hindurch Tag und Nacht genau gezählt. In den 4 Wochen, in welchen die 24 Kranken vor dem Versuch nicht abgewogene Hauskost erhielten, war die Zahl der Anfälle = 233. In weiteren 4 Wochen, in denen die Kranken genau zugewogene, gemischte (animalische) Kost erhielten, wurden die Anfälle bereits erheblich weniger = 142. Sie fielen in den 4 Wochen vegetarischer Ernährung auf 113 und während der Milchdiät sogar auf 95. Als nach beendetem Versuch dieselben Kranken (bei stets gleichbleibender Arznei) 4 Wochen lang wieder nicht abgewogene Hauskost erhielten, stieg die Zahl der Anfälle wiederum auf 243! Da die äußeren Verhältnisse in den einzelnen Perioden die gleichen waren, bleibt nur übrig, den Grund für die verschiedenen Ergebnisse in den Ernährungsarten selbst zu suchen.

Die durch die verschiedene Kostart so augenfällig verminderte Anfallszahl kann durch die verschiedene Quantität der Nahrung begründet sein.

Das ist ohne weiteres zuzugeben für den im I. und V. Versuchsabschnitt beobachteten, annähernd gleichen Hochstand 233—243 Anfälle), wodurch sehr deutlich bewiesen wird, wie schon die bloße Abwägung und Verminderung der gewöhnlichen Kost einen ganz erheblichen Abfall der Anfälle bewirkt. Für die verschiedene Zahl der Anfälle während der drei andern Perioden, in welchen die Kost in bezug auf Feststoffe und Wassergehalt sich annähernd gleich blieb, muß jedoch der Grund in der stofflichen Verschiedenheit der Kostarten zu suchen sein. In bezug auf den Fettgehalt besteht die weiteste Kluft zwischen der reinen Pflanzenkost (15,5 g) und der Milchdiät (77,5 g). Eine ungünstige Beeinflussung des Durchschnittsergebnisses durch das Fett ist nicht zu erkennen, da gerade die auffällig fettreich eMilchdiät am wenigsten Anfälle aufzuweisen hat. Auch die in der Nahrung vorhandenen Kohlehydratmengen, welche weder nach unten noch nach oben die für den normalen Menschen zuträglichen Grenzen überschritten, zeigten keinen sichtlichen Einfluß auf die epileptischen Erscheinungen. Nach *Jacksons* und vieler Spezialkenner Ansicht sollen nun die stickstoffhaltigen Nahrungssubstanzen — die Eiweißkörper — den wirksamsten Zündstoff für die epileptischen Entladungen abgeben. Die oben erwähnten Versuchsergebnisse sprechen im allgemeinen sehr zu Gunsten der fleischlosen Diät, die weitaus der Mehrheit der Versuchspersonen eine bedeutende Abnahme der Anfälle und zugleich auch eine

entschiedene Besserung des Allgemeinbefindens brachte. Immerhin standen sich drei der 24 Kranken besser bei Fleischkost als während der fleischlosen Ernährung, ferner zeigten vier Kranke bei der Pflanzenkost eine erheblich größere Abnahme der Anfälle als bei Milch oder Fleischnahrung, während wiederum 2 andere die Pflanzenkost auffallend schlecht vertrugen. Die Milchkost nimmt bei dem Durchschnittsergebnis die weitaus bevorzugteste Stelle ein, immerhin erfuhren jedoch 4 Personen in dieser Zeit eine erhebliche Verschlechterung des Befindens. In allen 4 Fällen war kurz nach Einführung der Milchdiät hartnäckige Verstopfung und starke Indikanurie eingetreten. Diese Beobachtungen weisen überzeugend nach, wie verkehrt es ist, für alle Epileptiker ein und dieselbe Diätform anzuordnen und von ihr allemal Besserung zu erhoffen. Die diätetische Behandlung der Epileptiker muß individuell gehandhabt werden. Im allgemeinen überwiegen jedoch die Vorzüge der Kostformen, in denen die Eiweißkörper in Milch oder pflanzlicher Nahrung verabfolgt werden, vielleicht ist durch das verschiedene Verhalten der Eiweißformen ein Fingerzeig gegeben zur Deutung des zwar festgestellten, aber noch ganz unklaren, genetischen Zusammenhanges zwischen stickstoffhaltiger Kost und Kramp fzunahme. —

Schon lange bevor *Toulouse* und *Richet* die Resultate ihrer vielfach überschätzten Behandlungsmethode veröffentlichten ist von *Rumpf* und vielen anderen auf die Bedeutung des Salzstoffwechsels und einer reizlosen Diät bei der Behandlung der Epileptiker hingewiesen und auch praktisch Rechnung getragen. Wenn bei der „metatrophischen Behandlungsmethode“ günstige Resultate erzielt werden, so bedarf es zur Erklärung dieser nicht der *Toulouse-Richetschen* Hypothese über die Hypochlorierung, vielmehr beruhen die Erfolge zum großem Teil auf den allgemeinen Vorteilen einer reizlosen, sorgfältig zugemessenen Diät, zum Teil aber auch auf dem Verhalten der Bromsalze, welche nach physikalisch-chemischen Gesetzen in an verwandten Salzen armen Flüssigkeiten erheblich stärker wirken. Auch läßt sich eine soweit getriebene HCl-Unterernährung, wie sie *Toulouse* und *Richet* verlangen, längere Zeit ohne Schaden für die Kranken nicht durchführen. — Immerhin haben die genannten Autoren mit ihrer Veröffentlichung sich ein großes Verdienst um die Behandlung der Epileptiker erworben, schon deshalb, weil sie einer einfacheren reizlosen Ernährung zur allgemeinen Anwendung verhalfen und durch ihre Ergebnisse wiederum darauf hinwiesen, daß die Ernährung der Epileptiker von großem Einfluß auf das Auftreten von Anfällen ist. Die Uchtspringer Versuche lehren, daß im Großen und Ganzen eine fleischlose Ernährung in Form der Milch- oder Pflanzenkost oder besser noch eine Milch-Pflanzenkost den Vorzug verdient. Sie lehren aber auch, daß es eine einheitliche, für alle Epileptiker bekömmliche Diät nicht gibt, daß vielmehr eine solche nur unter Berücksichtigung etwaiger Störungen und Schwächen der Verdauungs- und Stoffwechselorgane verordnet werden muß. Wird diesen Organen durch unzumutbare Ernährung eine ihre Leistungsfähigkeit übersteigende

Mehrarbeit zugemutet, so werden schädliche Abbaustoffe gebildet und gehäuft, welche das Centralnervensystem reizen und epileptische Entladungen herbeiführen. Die Feststellung und Durchführung der richtigen Diät ist eine der schwierigsten aber auch dankbarsten Aufgaben des Arztes. Für Diät wird häufig in wirksamster Weise durch arzeneiliche wie physikalische Behandlung unterstützt, welche ebenfalls individuell verordnet werden muß.

Diskussion: *Mendel*-Berlin. Mit Herrn *Alt* halte ich die Nahrung für sehr wichtig bei der Behandlung der Epilepsie. Dagegen möchte ich doch bemerken, daß nicht etwa die Epilepsie lediglich bedingt ist durch die Art der Nahrung. Die Epilepsie kommt bei Hunden und Katzen in ganz denselben Formen wie bei Menschen vor; sie wurde aber auch, wie ich mich in den Veterinärkliniken von Bern und Zürich überzeugte, auch bei Kühen beobachtet und steht hier auch unter dem günstigen Einfluß von Brom.

Cramer-Göttingen; Aus eigener Erfahrung kann ich den Einfluß der Ernährungsart auf die Häufigkeit und Schwere der epileptischen Anfälle bestätigen. Seit mehreren Jahren mache ich, angeregt durch *Alts* Untersuchungen, von der fleischarmen Behandlung der Epileptiker mit günstigem Erfolge Gebrauch.

Fürstner-Straßburg weist auf die Fälle hin, bei denen zu einer bestimmten Zeit, namentlich morgens beim Aufstehen, regelmäßig Anfälle erfolgen. Bei diesen Patienten kann man sich häufig überzeugen, daß abends sehr viel Nahrung genommen wurde oder daß schwere Diätfehler gemacht worden sind. Bei Kranken dieser Art wirkt das Bromkalium allein schlecht, es ist vielmehr auch hier nötig, erst die Magen-Darmstörung zu beseitigen.

Alt betont in seinem Schlußwort gegenüber *Mendel*, daß auch er in den Stoffwechselstörungen nur eine Ursache der Epilepsie erblicke.

E. Schultze-Bonn: Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und hypnotischer Wirkung. — Eine neue Gruppe von Schlafmitteln.

Ausgehend von der Arbeit von *Kast* und *Baumann* über die Sulfane und unter Berücksichtigung der Wirkung zahlreicher neuer Hypnotika betont und belegt Vortragender die hypnotische Wirkung, die den Aethylgruppen zukommt, die Schädlichkeit der Sulfonbildung und die Nützlichkeit der Substitution von Wasserstoff durch Brom in den alipathischen Körpern. Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen hat Vortragender zusammen mit Dr. *G. Fuchs*-Biebrich systematisch die Ketone und Ketoxime untersucht. Ketone waren unwirksam, Ketoxime nur zum Teil, hatten dann aber sehr unangenehme Nebenwirkungen, sodaß von ihrer Verwendbarkeit als Schlafmittel abgesehen werden mußte. Darauf wurden die Acetamide untersucht, Diaethylacetamid wirkt, wenn auch nur wenig, besser aber Dipropylacetamid. Weitere Einführung von Aethyl nützte nichts, dagegen erhöhte die Substitution des Wasserstoffes im Acetylrest durch Brom die hypnotische Wirkung erheblich.

So schlief ein Hund nach 2 g Bromdiaethylacetamid (Neuronal) 26 Stunden. Auch beim Menschen erweisen sich die beiden Präparate Bromdiaethylacetamid und Bromdipropylacetamid in der Dosis von 0,5—1,0—1,5 g nach den bisherigen Beobachtungen als so brauchbare Schlafmittel, daß die weitere Untersuchung ihrer hypnotischen Wirkung angezeigt erscheint. Der Bromgehalt der neuen Präparate verdient besondere Beachtung. Dieser, zusammen mit der experimentell festgestellten langsamen Bromausscheidung, spricht für die Anwendbarkeit als Sedativum und Antiepilepticum. (Autoreferat.)

Wanke-Friedrichroda schildert in längerer Ausführung alle diejenigen Einflüsse, welche auf psychischem Gebiete auf das kindliche und heranwachsende Alter einwirken können. Er betont die Notwendigkeit einer diesbezüglichen Behandlung und verlangt, daß Eltern, Lehrer und alle die Personen, welche mit der Jugend zu tun haben, eine gewisse Kenntnis der normalen kindlichen Seelenanlage und der im Kindesalter vorkommenden psychischen Abnormitäten besitzen müssen. Er bezeichnet die Gesamtheit der hier in Betracht kommenden Maßnahmen als „Psychagogik“.

Sitzung am Dienstag, 26. April, vormittag 9 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung wurde die Ergänzungswahl des Vorstands vorgenommen. Auf Vorschlag Schüles-Illenaу wurde an Stelle des verstorbenen Vorstandsmitglieds Jolly, Moeli-Berlin gewählt. Hitzig-Halle wurde wiedergewählt. Beide Wahlen erfolgten per Akklamation.

Referat: Bonhoeffer-Heidelberg: Der Korsakowsche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen.

Meine Herren! Das Thema, wie es mir vom Vorstande unseres Vereins gestellt worden ist, „Der Korsakowsche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen, enthält schon eine bestimmte Stellungnahme, welche die ursprüngliche *Korsakows* modifiziert. Es ist der Standpunkt, wie er im Anschluß an den inhaltreichen Vortrag Jollys auf der Moskauer Versammlung 1897 von der Mehrzahl deutscher Forscher übernommen worden ist.

Die Abweichung von *Korsakows* Aufstellung besteht, wie Ihnen bekannt ist, darin, daß dieser, als er mit seiner polyneuritischen Psychose, der Cerebropathia toxaemica psychica hervortrat, nicht von einem Symptomenkomplex, sondern von einer Krankheit sui generis sprach, einer Krankheit, für die nach ihm drei wesentliche Erscheinungen charakteristisch sind: die multiple Neuritis, das eigenartige psychische Bild und die toxämische Ätiologie.

Das psychische Bild ist in den ersten Publikationen *Korsakows* nicht mit voller Schärfe gezeichnet, aber er hebt doch von Anfang an eine Gedächtnisstörung, die er Amnesie nennt, als integrierenden Bestandteil der Psychose hervor und diese amnestische Störung ist ihm später das Wesentliche des psychischen Bildes.

Ich möchte, um nicht zu lang zu werden, davon Abstand nehmen, auf die Vorläufer, die auch hier nicht fehlen, einzugehen, und auch die der *Korsakowschen* Aufstellung zunächst folgende Diskussion soll nicht im einzelnen besprochen werden. Die modifizierende Kritik knüpft an die Namen *Tiling*, *Regis*, *Babinsky*, *Gudden* und insbesondere *Jolly* an. Ihr Inhalt läßt sich kurz in die Sätze zusammenfassen, daß die Neuritis keine notwendige Begleiterscheinung der von *Korsakow* geschilderten Erkrankung sei, daß ein psychischer Symptomkomplex, der dem von *Korsakow* frappant ähnlich sei, bei anderen Prozessen sich finde und daß endlich als toxämische Psychose manches andere z. B. das Delirium tremens bezeichnet werden müsse. *Jolly* hat deshalb vorgeschlagen, anstatt von polyneuritischer oder toxämischer Psychose vom *Korsakowschen* Symptomkomplex oder *Korsakowschem* Syndrom zu sprechen zur Bezeichnung der eigenartigen psychischen Störung, deren Bekanntwerden vor allem an den Namen *Korsakows* geknüpft sei.

Was unter *Korsakowschem* Symptomkomplex zu verstehen ist, darüber besteht in Deutschland in der Hauptsache wohl Einigkeit. Am schärfsten ist das symptomatologisch Typische des psychischen Bildes wohl von *Wernicke* gefaßt worden. Im Vordergrund steht der Defekt der Merkfähigkeit. Neue Erfahrungen haften nicht oder nur ganz vereinzelt im Gedächtnis. Daraus ergibt sich der Erinnerungsdefekt für die jüngste Vergangenheit. Dieser Defekt geht in zahlreichen Fällen über die Dauer des Merkfähigkeitsverlustes hinaus und auf weitere Zeiträume zurück, es ergeben sich dann retroaktive Amnesien, die mehr oder weniger scharf gegen die älteren Erinnerungsstrecken sich abgrenzen, in anderen Fällen ist die Gedächtnisschwäche allgemeiner. Immer aber bleibt der Gegensatz des Gedächtnisses für die alte und jüngere Zeit deutlich.

Während die Unorientiertheit über die Zeit als eine direkte Folge der Merkschwäche aufzufassen ist, erklärt sich die lokale Desorientierung nicht ebenso daraus. Es kommt zwar vor, daß die Merkschwäche so hochgradig ist, daß sie nicht ausreicht, um die örtlichen Merkmale zum Situationsbild zu kombinieren. Es bleibt aber meist nicht bei dem bloßen Orientierungsversuche, sondern die Desorientierung ist in der Mehrzahl der Fälle, jedenfalls in den typischen eine positive, es kommt zu eigentlichen Situationsmißdeutungen. Die Umgebung wird verkannt und zwar in den klassischen Fällen in einer dem Erinnerungsausfall entsprechenden Weise, insofern als alte erinnerte Vorstellungsreihen als tatsächliche Situation lebendig werden. Der Kranke lebt in einer früher einmal gewesenen Situation. *Korsakow* spricht mit Recht von fixiertem Wahn im Hinblick auf Kranke, die monate- selbst jahrelang in einer Situation aus längst vergangener Zeit leben. In anderen Fällen wechselt die Situationsverknennung und damit gelangen wir zu dem Symptom der Pseudoreminiszenzen, den Konfabulationen. Fast nie zu vermissen ist die Augenblickskonfabulation. Sie fehlt in den Fällen, in welchen es zur Desorientierung kommt, niemals und dient gewissermaßen zur Verdeckung des Erinnerungsdefektes; ich habe sie darum als Verlegenheitskonfabulation

bezeichnet. Die Phantasieprodukte nehmen aber auch gelegentlich einen weiteren Umfang an. Die Kranken erzählen von phantastischen Erlebnissen und bei diesen finden sich mitunter auch absurde Größenideen. Der formale Denkvorgang kann sehr gut erhalten sein.

Mit den vier Symptomen: Merkschwäche, Erinnerungsdefekt für die jüngere Vergangenheit, Desorientierung und Konfabulation sind die hauptsächlichsten Symptome, die uns klinisch entgegentreten, erschöpft. Es fragt sich, ob man alle vier als wesentlich und notwendig für die Diagnose *Korsakowscher* Symptomkomplex bezeichnen will. *Soukhanoff* unterscheidet Fälle mit Pseudoreminiszenzen als schwerere und solche ohne als die leichteren, eine Unterscheidung, die der Erfahrung nicht Stand hält. Ich meine, wenn man nicht zu einem ganz verschwommenen Symptombild gelangen will, wird man gut tun, die Fälle, in welchen nur eine Schwäche der Merkfähigkeit und eine schlechte Erinnerung für die jüngste Vergangenheit vorliegt, nicht ohne weiteres hierher zu rechnen. Man würde sonst die Mehrzahl der gehirnatrophischen Prozesse, insbesondere die progressive Paralyse und die einfache senile Gedächtnisschwäche hierher zählen müssen. Es ist zweckmäßig nur dann von *Korsakowschem* Symptomkomplex zu sprechen, wenn all die genannten vier Symptome vorhanden sind und wenn der Merkfähigkeitsdefekt so hochgradig ist, daß fast momentan vergessen wird. *Soukhanoff* legt noch mit Recht Wert auf die akute Entwicklung. Darauf komme ich später. Konfabulationen und Desorientierung können in der Intensität ihrer Ausbildung ein sehr schwankendes Verhalten zeigen. Die Deutlichkeit der Konfabulationen steht offenbar in einem gewissen Verhältnis zur geistigen Regsamkeit. Die Fälle, in denen bei hochgradiger Amnesie Besonnenheit und attentos Wesen beibehalten wird und die dadurch auch ein besonderes psychologisches Interesse haben, pflegen meist produktiver zu sein während diese bei den Fällen mit Stupor seltener sind. —

Wenn ich nach diesen Vorbemerkungen zu meiner eigentlichen Aufgabe übergehe, zunächst rein empirisch die Krankheitsformen zu besprechen, bei denen der eben skizzierte amnestische Symptomkomplex sich findet und den differenziell diagnostischen Momenten nachzugehen, so stehen an erster Stelle die Beziehungen des *Korsakowschen* Komplexes zum chronischen Alkoholismus. Bei Untersuchungen über das Delirium tremens habe ich mehrfach darauf hingewiesen, daß im einfachen Bilde dieser Erkrankung die Elemente des amnestischen Symptomkomplex enthalten sind. Auch *Jolly* hat in seinem oben erwähnten Vortrage auf diese symptomatologische Verwandtschaft hingewiesen. In selteneren Fällen tritt diese dem Beobachter besonders deutlich vor Augen. Man trifft bei alten Alkoholisten gelegentlich Delirien, die kritisch ablaufen, aber ganz arm an Sinnestäuschungen und Illusionen sind, sodaß fast nur die Ausfallerscheinungen, Merkschwäche, Desorientierung und Pseudoreminiszenzen vom Charakter der Augenblickskonfabulationen nachzuweisen sind. Häufiger ist ein Verhalten derart, daß ein Delirium, das nicht kritisch zum Abschluß kommt, den amnestischen Komplex für kürzere

oder längere Zeit zeigt. Man findet bei einem großen Material von Alkoholismus alle Übergänge vom einfachen Delirium zum protrahierten und schließlich zum ausgesprochenen amnestischen Symptomkomplex.

Die Entwicklung des alkoholistisch bedingten *Korsakowschen* Symptomkomplexes geschieht am häufigsten aus einem Delirium tremens. Meine Behauptung, daß diese Entwicklungsform für den alkoholistischen *Korsakow* in gewissem Sinne spezifisch sei, ist von *Meyer* und *Rücke* und *Kaberlah* an der Hand ihrer Beobachtungen bestritten worden. Es ist unzweifelhaft richtig, daß eine delirante Entwicklungsphase auch bei nicht alkoholistisch bedingten *Korsakow* vorkommt. Ich glaube aber nach wie vor, daß sich die alkoholistische Ätiologie in der Mehrzahl der Fälle gerade durch den spezifisch delirium-tremensartigen Charakter der deliranten Phase differenzieren läßt. Neben der deliranten Entwicklungsphase findet man eine stuporöse; gerade bei schweren Trinkern sieht man einen Zustand schwerer Somnolenz vorangehen. Hier scheinen neuritische Symptome niemals zu fehlen und es finden sich asymbolische und aphasische Erscheinungen. Die stuporöse Entwicklungsform ist, wie es scheint, bei Frauen häufiger als bei Männern. Auch alkoholepileptische Anfälle können den amnestischen Symptomenkomplex einleiten. Interkurrente, namentlich abendliche Delirien treten auch nach Ablauf der einleitenden Phase nicht selten auf.

Besonderer Erwähnung bedarf noch die meist auf alkoholistischer Basis sich entwickelnde Polioencephalitis hämorrhagica superior in ihren Beziehungen zum amnestischen Komplex. Seitdem eine Reihe von Fällen bekannt geworden ist, in denen diese von *Wernicke* zuerst beschriebene Augenmuskelerkrankung nicht schon während der ersten deliranten oder stuporösen Phase zum Exitus geführt hat, ist es möglich geworden, über die Natur dieser Erkrankung klarer zu sehen. All diese Fälle zeigen als Begleiterscheinung den amnestischen Symptomkomplex und auch stets neuritische Symptome. Die Ophthalmoplegie ist nur eine Teilerscheinung der schweren Allgemeinerkrankung. Zu demselben Ergebnis ist *Elsholz* und *Raimann* gelangt und auch *Jolly* erwähnt in einem ähnlichen Zusammenhang die Beobachtung *Bödeckers*. Es ist mir bis jetzt kein Fall alkoholistisch bedingter hämorrhagischer Polioencephalitis superior bekannt, in dem amnestischer Symptomkomplex und Polyneuritis fehlten. Insofern entspricht diese Erkrankung bis jetzt am meisten den Desideraten der *Korsakowschen* Psychose im ursprünglichen Sinne. Doch ist es vielleicht auch hier nur eine Frage der Zeit, bis sich einmal ein Fall ohne das eine oder andere Symptom findet. — Die Häufigkeit der Entwicklung des *Korsakowschen* Symptomkomplexes bei chronischem Alkoholismus habe ich auf etwa 3% geschätzt. *Chotzen* berechnet für Männer ungefähr dieselbe Zahl. Bei alkoholistischen Frauen entwickelt sich nach übereinstimmenden Beobachtungen der amnestische Komplex leichter. *Chotzen* zählt 20% der weiblichen alkoholistischen Aufnahmen. Die Gefahr der Entwicklung des *Korsakowschen* Symptomkomplex wäre demnach für Säuferinnen siebenmal so groß als für Säufer.

Der amnestische Symptomkomplex auf alkoholistischer Basis ist einer weitgehenden Besserung fähig, Heilung ist aber sehr selten. *Wernicke* und *Tiling* haben solche gesehen. Häufiger ist der Ausgang in einen Defektzustand. Die Merkfähigkeit bleibt defekt, wenn sie auch zum Situationsverständnis ausreicht. Reste neuritischer Symptome, Störung der Sprache, auch lichtstarre Pupillen erschweren oft die Differenzialdiagnose gegenüber der Paralyse.

Pathogenetisch handelt es sich in allen Fällen neben dem chronischen Alkoholismus um ein zweites Agens; die toxämische Ätiologie *Korsakows* trifft für alle Fälle zu. *Mönkemöller* meint, daß fast stets eine Störung des Digestionstractus nachzuweisen sei. Bemerkenswert ist auch die Häufigkeit begleitender Lungentuberkulose.

Es ist bekannt und *Korsakow* hat darauf seinerzeit besonderen Nachdruck gelegt, daß auch ohne chronischen Alkoholismus akute Infektionen während ihres Verlaufs zum *Korsakowschen* Symptomkomplex führen können. Enteritische Prozesse, Ruhr, insbesondere Typhus scheinen besonders hierzu zu neigen. Das amnestische Zustandsbild kann die Infektionskrankheit lange überdauern. In einem eigenartigen Falle von *Mönkemöller* blieb es ein Jahrzehnt stabil. Auch nach Meningitis, Gelenkrheumatismus, Puerperalfieber ist der *Korsakowsche* Symptomkomplex beobachtet worden. Der Beginn ist immer akut. Die einleitende Phase zeigt delirante oder stuporöse Züge. Die Delirien sind fieberhaft oder mussetierend, auch lebhafteste Angstzustände und länger persistierende Verfolgungsideen kommen vor. Die akut psychotische Phase dauert häufig länger und nähert sich, wie *Redlich* im Anschluß an *Wagner* hervorhebt, mitunter den Fällen von Amentia. Ob das klinische Zustandsbild der Amnesie infektiöser Ätiologie Unterschiede gegenüber dem alkoholistischen aufweist, ist bis jetzt nicht erwiesen. Vielleicht bilden die bei alkoholistischer Ätiologie häufigen interkurrenten Delirien ein differentielles Merkmal.

Hinsichtlich der Einwirkung auf das periphere Nervensystem stehen dem Alkoholismus nahe die Arsen- und die Bleivergiftung. Von der Arsenintoxikation bemerkt *Jolly* mit Recht, daß sie selten mit psychischen Störungen einhergehe. Bei der großen Arsenikepidemie in Manchester 1900, welche durch Versetzung des Biers mit Arsen zustande gekommen war, kamen nach *Reynold* zahlreiche Erkrankungen mit *Korsakowschen* Erscheinungen vor. Der Verlauf dieser Erkrankungen soll im allgemeinen günstiger gewesen sein, als *Reynold* sonst bei rein alkoholischer Genese beobachtete. Die Verbindung von Arsen- und Alkoholvergiftung erleichtert demnach das Zustandekommen des *Korsakowschen* Symptombildes, ohne daß deshalb die Erscheinungen schwerer würden. Die Bleipsychosen bieten ein anderes psychisches Bild. *Probst* meint allerdings, daß auch Bleiintoxikation *Korsakow* hervorrufen könne, ohne daß er indes eigene Beobachtungen bringt.

Die Krankheitsgruppe der senilen und arteriosklerotischen Prozesse zeigt nächst dem chronischen Alkoholismus am häufigsten den amnestischen Symptomkomplex und zwar tritt er hier in oft besonders reiner Form

auf. Während die auf toxischer Basis erwachsenen Fälle häufig, allerdings keineswegs immer, durch eine gewisse begleitende Stumpfheit ausgezeichnet sind, ist bei dem im Senium auftretenden *Korsakow* die Attention und Lebhaftigkeit besonders augenfällig. Das ganze Krankheitsbild ist affektbetonter. *Tiling* hat darauf hingewiesen, daß beim Senium der *Korsakowsche* Komplex meist durch ohnmachts- und schlagartige Zufälle ausgelöst werde, eine Beobachtung, die ich durchaus bestätigen kann. Auch *Alzheimer* betont, daß besonders bei der mit Herderscheinungen einhergehenden senilen Gedächtnisschwäche die presbyophrenischen Symptome besonders häufig seien. In andern Fällen sieht man ängstliche Delirien vorangehen. Die Entwicklung des amnestischen Symptomkomplexes auf dem Wege einer langsamen Steigerung der senilen Gedächtnisschwäche ohne interkurrente akute Erscheinungen habe ich nie gesehen. Die Prognose des senilen *Korsakow* ist ungünstiger als die des toxischen. Doch kommen auch hier, selbst wenn das amnestische Stadium sehr lange gedauert hat, noch Besserungen vor. Einigermaßen günstig scheinen vor allem die Fälle, in welchen gleichzeitig ein gewisser Beschäftigungsdrang besteht, und das ganze Bild einen deliranten Anstrich hat. Neben der meist sehr ausgesprochenen Affektuosität ist bei der Presbyophrenie abgesehen von den somatischen Erscheinungen des Senium differenziell bemerkenswert die meist bestehende Schlaflosigkeit, die Angstzustände von senilem Charakter, die Such- und Sammel-delirien. Auch vereinzelte Größenideen kommen vor. Auch bei der senilen Form habe ich den Eindruck, daß Frauen häufiger befallen werden als Männer.

Auf die Beziehungen des Symptombildes zur Gehirnlues und insbesondere zur progressiven Paralyse haben *Soukhanoff* und *Jolly* hingewiesen. Neuerdings haben *Meyer* und *Räcke* drei Fälle ausführlich beschrieben, in welchen der anatomische Befund Paralyse ergab. Der klinische Verlauf dieser Paralysen war atypisch und es konnte lange zweifelhaft bleiben, ob es sich nicht um eineluetische Hirnerkrankung handelte. Bei allen dreien fand sich der amnestische Komplex während einer Krankheitsepisode. Bemerkenswert scheint mir an diesen Fällen, daß sie alle drei mit ziemlich häufigen apoplektiformen Anfällen und deliranten Symptomen einhergingen. Nach der sonst bekannten Pathogenese kann man daran denken, das Auftreten des amnestischen Symptomkomplexes damit in Zusammenhang zu bringen. Im Vergleich zur Häufigkeit der Paralyse ist jedenfalls bemerkenswert, daß der amnestische Symptomkomplex hier selten zur Beobachtung kommt.

Beobachtungen, in denen Neubildungen des Gehirns zu *Korsakows* Symptombild führten, haben *Kaplan* und *Mönkemöller*, *Chancellay*, *Meyer* und *Erbslöh* beschrieben. Zwei solche Fälle habe ich auch gesehen. Verfolgt man die Literatur der psychischen Begleiterscheinungen bei Gehirntumoren an der Hand der Monographie von *Schuster*, so ist nach den zahlreichen, allerdings meist summarischen Berichten, der amnestische Komplex vielleicht gar nicht selten. Der Sitz des Tumor ist wohl gleichgültig und es

bedarf noch weiterer Bestätigung, wenn *Soukhanoff* meint, daß Hypophysentumoren den *Korsakowschen* Symptomkomplex häufiger zeigen, und dabei an Autointoxikation denkt. Dagegen fiel mir auf, daß es sich meist um erweichte Tumoren, vor allem um Sarkome handelte. Findet sich der amnestische Symptomkomplex bei Gehirntumoren, so fehlt wohl meist das attente Wesen und die aktive Produktivität. Die Kranken sind mehr oder weniger stuporös und die Konfabulation treten spontan selten, meist erst auf Suggestivfragen hervor. Die Verwechslung von Gehirntumor mit alkoholistischen *Korsakow* kann gelegentlich vorkommen. Der euphorisch-humoristische Affekt, den *Kraepelin* für die alkoholistische Ätiologie für charakteristisch hält, kommt gerade auch bei Gehirntumoren vor, auch ohne daß eine Stirnhirnlokalisation vorliegt.

Von besonderer Bedeutung für die Kenntnis des Wesens der Störung scheinen mir die Beziehungen zu gewissen ganz akuten Störungen. Ich denke dabei zunächst an die Beobachtung nach Strangulation.

Merkfähigkeitsdefekt, retrograde Amnesie entwickeln sich bei einer gewissen Stärke der Strangulationswirkung offenbar fast konstant, Desorientierung und Konfabulation, also der ganze amnestische Komplex, werden gelegentlich angetroffen. Ich verweise dabei insbesondere auf die Beobachtungen von *Wollenberg* und eine neue von *Sommer* aus der Jenenser Klinik. Die Dauer der amnestischen Störung erstreckt sich von wenigen Tagen bis auf Wochen. Die Prognose ist günstig. Die Entwicklung geschieht aus den eigentümlichen krampfartigen Zuständen heraus. Auch delirante Züge fehlen nicht. Differenziell diagnostisch können hier kaum Schwierigkeiten auftreten.

Verwandt in sofern als auch hier der Symptomkomplex unmittelbar nach einer einmaligen Gehirnschädigung auftritt, ist die Kohlenoxidvergiftung und die *Commotio cerebri*. Bekannt ist der von *Thomsen* beschriebene Fall von Kohlenoxidvergiftung, der *Korsakowsche* Züge zeigte. Konfabulationen traten allerdings kaum hervor. Der Gedächtnisausfall war diffuser Art und die Aufmerksamkeit schwerer fixierbar als in den typischen Fällen. Die Rückbildung war langsam und unvollständig. *Greidenberg* meint, daß die im Gefolge der Kohlenoxidvergiftung auftretenden Psychosen am ehesten dem *Korsakowschen* Typus zu subsummieren seien.

Bei *Commotio cerebri* hat schon *Tiling* auf den dabei anzutreffenden amnestischen Symptomkomplex hingewiesen. *Kaberlah* hat neuerdings die bisherigen Beobachtungen zusammengestellt und bei einer größeren Anzahl von Fällen auf das Vorhandensein unseres Symptomkomplexes hingewiesen. Die Entwicklung geschieht meist aus einem somnolenten Zustand, der mit deliranten Zügen vermischt sein kann. Zu bemerken ist vielleicht, daß in einer verhältnismäßig großen Anzahl der bisher publizierten traumatischen *Korsakows* eine vorher bestehende abnorme psychische Beschaffenheit erwähnt ist.

Ich glaube damit die Kasuistik des *Korsakowschen* Symptombildes im

wesentlichen erschöpft zu haben. Es sind sehr verschiedenartige Krankheitsprozesse, die sich mit dem amnestischen Symptomkomplex verbinden können, und gewiß werden sich mit der Zeit noch andere Prozesse finden, bei denen derselbe Symptomkomplex vorkommt. Pathologisch-anatomisch haben auch die letzten Jahre nichts sicheres gebracht. Zu erwähnen ist, daß *Wyrobow* das Parietalhirn besonders geschädigt fand.

Pathogenetisch ergeben sich vor allem drei Entwicklungsformen: 1. Es gehen halluzinatorische Zustände voran, in welchen szenenhafte kombinierte Sinnestäuschungen und Delirien eine Rolle spielen; 2. epileptische oder apoplektiforme Zufälle leiten das Krankheitsbild ein; 3. sieht man ein stuporöses Vorstadium. In nicht seltenen Fällen geht dem Eintritt des amnestischen Zustandes eine längere Zeit nachweisbare Gedächtnisschwäche voran — vor allem beim senilen *Korsakow* trifft dies zu —. Es liegt nahe, in solchen Fällen den Eintritt des vollen amnestischen Komplexes lediglich als eine einfache, mehr oder weniger langsame quantitative Steigerung der vorher schon nachweisbaren Merkstörung zu betrachten. Diese Auffassung ergibt sich auch aus manchen Darstellungen der Autoren. Es mag sein, daß auch eine solche Entwicklung vorkommt. Vorläufig halte ich sie nicht für erwiesen. Vielmehr hat mir eine genauere Anamnese stets ergeben, daß auch in den scheinbar hierhergehörigen Fällen etwas akutes interkurriert, das erst den amnestischen Symptomkomplex vollständig macht.

Jedenfalls ist als gesichert festzuhalten, daß die Entwicklung des *Korsakowschen* Symptombildes aus einer akuten Bewußtseinsstörung das gewöhnliche ist.

Es bedarf noch die Frage der Erörterung, ob das amnestische Zustandsbild als definitiver Defektzustand zu betrachten ist. Wäre man lediglich auf die Beobachtung des Symptombildes bei Senilen angewiesen, so könnte man im Hinblick darauf, daß es hier oft jahrelang bis ans Lebensende stabil bleibt, fast an einen Endzustand denken. Auch die oft begleitende emotionelle Schwäche scheint in demselben Sinne zu sprechen. Andererseits sehen wir Begleiterscheinungen, die man bei definitiven Defektzuständen nicht zu beobachten pflegt, Delirien und Schlaflosigkeit; weiterhin spricht dagegen die oft ganz akute Entwicklung und endlich mit voller Bestimmtheit die rasche Rückbildungsmöglichkeit in gewissen oben erwähnten Fällen. Es kann also von einem eigentlichen definitiven Defektzustand, der mit andern Verblöndungszuständen in eine Linie zu stellen wäre, nicht die Rede sein.

Das Auftreten des amnestischen Komplexes gestattet keine bestimmte Prognosenstellung. Er tritt zwar fast ausnahmslos bei schweren Gehirnalterationen auf. Aber die Beobachtung an Strangulierten zeigt die leichte Ausgleichbarkeit. Dagegen schwinden die Symptome langsam und meist nicht vollständig, wenn es sich um vorher invalide Gehirne handelt, wie bei schwerem und hochgradigem Alkoholismus, bei Arteriosklerose und Senium. Die infektiöse Ätiologie, die Arsenintoxikation, die Kohlenoxidvergiftung bieten bessere Rückbildungsaussichten.

Das amnestische Zustandsbild bietet ein allgemeines psychopathologisches Interesse insofern, als es geeignet ist zu zeigen, daß dasselbe Zustandsbild in akuter und chronischer Form sich darbieten kann, je nach der Widerstandsfähigkeit des Gehirns.

In diagnostischer Beziehung wird man hier, wie zurzeit wohl noch überall in der klinischen Psychiatrie sagen müssen: Ein Symptom oder ein Symptomkomplex für sich allein betrachtet hat nichts pathognomonisches. So wenig ein katatonisches, ein paranoisches, ein melancholisches Zustandsbild für sich allein eine Krankheit charakterisiert, so wenig tut das der amnestische Symptomkomplex. Dies gilt aber nur, wenn wir den Symptomkomplex gewissermaßen herausgehoben aus den begleitenden und ihn bedingenden Erscheinungen betrachten. Sobald wir das klinische Gesamtbild, die Summe der begleitenden Symptome und ihre Entwicklung vor Augen haben, werden wir meist keine Schwierigkeiten haben, die Eigenart des Krankheitsprozesses festzustellen und auch in prognostischer Beziehung eine ziemlich sichere Aussage zu machen. Ob die genauere Analyse des amnestischen Komplexes selbst Differenzen zeigt je nach den zugrundeliegenden Prozessen, wird sich an der Hand von feineren Untersuchungen, wie sie *Brodmann* neuerdings gemacht hat, vielleicht entscheiden lassen. Bis jetzt jedenfalls sind wir noch nicht soweit und bedürfen der Betrachtung der Begleitsymptome. Wenn ich zum Schluß noch ein Wort zur Namengebung sagen darf, so meine, ich könnte der Ausdruck *Korsakowsches Syndrom* oder amnestischer Symptomkomplex in Anlehnung an *Tiling* zur Charakterisierung der Gedächtnisstörung beibehalten werden. Ich möchte aber vorschlagen für die auf alkoholistischer oder infektiöser Basis meist mit Neuritis einhergehende und in der bekannten Weise eingeleitete zum amnestischen Symptombild führende Erkrankung die Bezeichnung *Korsakowsche Psychose* beizubehalten, insofern es sich dabei um eine Krankheit handelt, die symptomatologisch zuerst von *Korsakow* charakterisiert wurde, die ätiologisch klar liegt und einen bestimmten Verlauf hat. Den Namen deshalb nicht anzunehmen, weil ein Teil der vom Autor für charakteristisch gehaltenen Symptome, speziell die Neuritis, nicht immer nachweisbar ist und der amnestische Symptomkomplex auch anderwärts sich findet, kann nach sonstigen Gebräuchen kein ausschlaggebender Grund sein. — Wenn wir in diesem Sinne auch weiterhin von einer *Korsakowschen Psychose* sprechen, so würde dies gleichzeitig den Vorzug haben, daß wir uns auch mit der in der ausländischen Literatur geläufigen Ausdrucksweise in Übereinstimmung befänden.

Raecke-Frankfurt a. M.: Über hysterisches Irresein.

Auf der vorletzten Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte ist von *Heß* in einem Vortrage über hysterisches Irresein die Behauptung aufgestellt worden, dasselbe sei eine sehr seltene Krankheit und finde sich nur in

0,1—0,3 % der Aufnahmen. *Heß* selbst hatte es unter Männern nur bei einem Traumatiker gesehen. In der anschließenden Diskussion erhob sich kein Widerspruch, obgleich die geschilderten Verhältnisse höchstens auf Pflegeanstalten zutreffen, während in Kliniken und Stadtasylen die Ziffern weit höher sind. In der Frankfurter Irrenanstalt beispielsweise schwankte die Häufigkeit hysterischer Erkrankungen während der letzten 6 Jahre stets zwischen 4 und 6 %.

Allein es ist nicht zu verkennen, daß die Reaktion auf eine früher übertriebene Ausdehnung des Begriffes „hysterisch“ dazu geführt hat, heute dem hysterischen Irresein fast überhaupt die Anerkennung zu versagen. *Nissls* bekannte Forderung, auch den *Ganserschen* Symptomenkomplex als Ausfluß des katatonischen Negativismus zu betrachten, ist zwar ziemlich allgemein auf Widerspruch gestoßen, und sogar *Kraepelin* erkennt die hysterische Natur desselben in der neuesten Auflage seines Lehrbuches an. Im Übrigen enthält jedoch sein Kapitel über hysterisches Irresein lediglich eine Schilderung des „hysterischen Charakters“ und der einfachen Dämmerzustände, sowie die kurze Angabe, daß auf dem Boden der hysterischen Veranlagung erwachsene andersartige Psychosen „hysterische Züge“ annehmen können. Die alte Lehre von einer Hystero-Melancholie und hysterischen Paranoia wird keines Wortes gewürdigt.

Auch *Binswanger* widmet in seiner umfassenden Hysterie-Bearbeitung von 946 Druckseiten nur 4 Seiten dem Kapitel „hysterische Psychosen“ um zu erwähnen, daß degenerative Veranlagung bei Hysterie die Tendenz zur Entwicklung maniakalischer, melancholischer, hypochondrischer und paranoider Psychosen gebe, und daß manche hysterischen Zustände nur die Vorläufer jugendlicher Verblödungsprozesse bedeuteten.

Bei dieser Sachlage erscheint es nicht unzeitgemäß, die Frage nach Begriff und Krankheitsbild des hysterischen Irreseins neuerdings zur Sprache zu bringen, wobei ich meinen Ausführungen 168 Krankengeschichten der Frankfurter Anstalt und Kieler Nervenklinik zu grunde legen kann, für deren gütige Überlassung ich den Herren Direktor *Sioli* und Professor *Siemerling* zu Dank verpflichtet bin. Die Diagnose Hysterie stützte sich überall auf Vorgeschichte, Krankheitsverlauf und Ausgang, soweit natürlich von letzterem bei Krankengeschichten aus den letzten 6 Jahren die Rede sein kann. Alle Psychosen, die mehr zufällige Komplikationen darstellten, sind ausgeschaltet, ebenso Seelenstörungen mit hysteriformen Erscheinungen und Übergang in Verblödung.

Ohne erst lange durch Schilderung des sogenannten hysterischen Charakters aufzuhalten, den ich übrigens mit *Cramer*, *Wollenberg* und *Binswanger* nicht als spezifisch für Hysterie ansehe, muß ich von einem kurzen Überblick über die einfachen transitorischen Bewußtseinsstörungen und psychotischen Elementarsymptome der Hysterie ausgehen, weil ihre Kenntnis gewissermaßen die Grundlage für unsere weiteren Betrachtungen bildet.

Halluzinationen finden sich bei Hysterischen nicht ganz selten auch

außerhalb der eigentlichen Bewußtseinstrübungen, vor allem Nachts. Dieselben betreffen besonders das Gesicht, sind meist schreckhafter Natur, werden als Täuschungen erkannt, können aber heftige Angstzustände einleiten. Wie *Wernicke* mit Recht hervorhebt, handelt es sich mit Vorliebe um Halluzinieren einer bestimmten Persönlichkeit, gegen welche einseitiger Verfolgungswahn besteht.

Paranoische Vorstellungen können überhaupt jederzeit episodisch auftauchen, indem das Gefühl ungerechter Zurücksetzung sich steigert bis zur krankhaften Eigenbeziehung. Sehr bekannt ist namentlich der hysterische Eifersuchtswahn. Ferner erfahren hysterische Sensationen häufig hypochondrische Verarbeitung. Durch *Pseudologia phantastica* entstehen *passagere Größenideen*. Oder endlich es kommt zu allerlei Zwangsvorstellungen von wahrhaftem Gepräge.

Wichtig sind überall bei der Hysterie die starken Affektschwankungen, als deren höchste Grade sich unterscheiden lassen der *Raptus hystericus* und der *Furor*. Unter ersterer Bezeichnung wird ein maßloser Angstanfall verstanden, einerlei ob er von Sinnestäuschungen und Illusionen begleitet ist, ob er zur Bewußtseinstrübung führt oder volle Erinnerung hinterläßt. Derselbe ist in der Regel ausgezeichnet durch Depressionsgefühl, Herzklopfen, triebartige Unruhe und entsteht mit Vorliebe Nachts, vermag zu Suizidversuchen zu führen oder zu Angriffen auf die Umgebung. In leichteren Fällen kommt es nur zu depressiver Verstimmung mit Hemmung, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, auch mit Neigung zu planlosen Wanderungen.

Der *Furor*, als Ausfluß höchstgesteigerter hysterischer Reizbarkeit, geht einher mit sinnlosem Toben, Zerstören, gewalttätigen Angriffen auf die Umgebung, zweckloser Selbstbeschädigung, und endet bisweilen mit tiefster Erschöpfung. Hervorgerufen wird er durch Gemütsregungen wie Ärger, oder er schließt sich an Krampfanfälle an. Auch Alkoholgenuß wirkt auslösend.

Endlich die läppisch-heitere Verstimmung, die *Moria*, ist meist mit delirösen Erscheinungen verknüpft, und wird daher besser nach den Dämmerzuständen abgehandelt.

Die Betrachtung der hysterischen Dämmerzustände beginnt mit dem Wachträumen, jener eigentümlichen Zerstreutheit, in welche der Hysteriker unbekümmert um die Außenwelt sich in Phantasiespielen ergeht. Je selbstständiger und sinnlich lebhafter sich hier die Vorstellungen aufdrängen, das Blickfeld des Bewußtseins ganz erfüllend, desto mehr nähert sich der hypnoide Zustand dem echten Somnambulismus mit seinen monotonen Vorstellungsserien, dessen Abart der Noctambulismus wieder in ähnlicher Weise sich aus Traumvorgängen des Schlafes entwickelt. Es würde zu weit führen, hier auf die interessante Symptomatologie des Somnambulismus einzugehen, auf seine körperlichen Begleiterscheinungen, das mögliche Auftreten von alternierendem Bewußtsein. Daher sei nur betont, daß der typische *Ganser'sche* Symptomenkomplex in seiner Verbindung von eigentümlicher Assoziationsänderung mit Sensibilitätsstörungen der Haut den somnambulen Zuständen

verwandt ist. Außerdem bestehen aber entsprechend der mehr oder weniger vorhandenen Hemmung fließende Übergänge nach der Seite des Stupors.

Der hysterische Stupor, gewöhnlich als Lethargie bezeichnet, ist wohl hervorgegangen zu denken aus den ohnmachtsähnlichen Bewußtseinspausen, wie sie mitunter fast apoplektiform auftreten. Nur schematisch läßt sich eine schlafe und eine tonisch-kataleptische Form des hysterischen Schlafes unterscheiden. Der Eintritt ist bald langsam bald plötzlich. Die Dauer beträgt im Durchschnitt Minuten bis Tage. Bei längerem Anhalten schieben sich freiere Intervalle ein. Gleichzeitige halluzinatorische Vorgänge erzeugen das Bild der Ekstase. Stufenweises Erwachen bedingt ein dämmerhaftes Zwischenstadium mit echt *Ganserschem* Vorbeireden. Die erstmalige Ursache des Stupors war in unseren Fällen oft Schreck.

Als typischste Bewußtseinsstörung der Hysteriker gilt ihr spezifisches Delirium, dessen halluzinatorische und illusionären Vorgänge sich um eine affektbetonte Reminiszenz fügen, mag dieselbe nun ein eigenes Erlebnis ausmachen oder infolge von Erzählung resp. Lektüre die Phantasie lebhaft beschäftigt haben. Vorherrschend ist wieder die ängstliche Färbung, indem unangenehme Situationen oft dramatisch durchgekämpft werden. Seltener sind ekstatische, wunscherfüllende Delirien. Eine Sonderstellung nehmen die deliranten Moriaformen ein mit grotesk-komischer Färbung, übertriebenen Manieren und Verkehrtheiten, kindisch albernem Negativismus und mehr absichtlichem Vorbeireden ohne Hemmung, das vom *Ganserschen* Symptomenkomplex streng zu trennen ist. Gelegentlich wähnen sich solche Kranke statt in die Kindheit ins Alter versetzt, gebärden sich als 90jährige Greise, oder sie glauben sich in Tiere verwandelt. Bei Vorwiegen von Gehörs-täuschungen und einfacher Desorientiertheit spricht man auch von einer hysterischen halluzinatorischen Verwirrtheit. Die Übergänge sind fließende.

Nach diesem knappen Überblick über die einfachen Bewußtseinsstörungen der Hysteriker wenden wir uns zu den sogenannten hysterischen Psychosen. Um bei dem hier herrschenden Widerstreit der Anschauungen eine Richtschnur zu haben, stellen wir vorteilhaft *Binswangers* Forderung vorauf, daß eine Psychose nur dann als eine hysterische mit Bestimmtheit zu bezeichnen ist, wenn sie aus den eben besprochenen einfachen Krankheitselementen unzweifelhaft hysterischer Natur direkt hervorgeht. Ferner hat *Jolly* mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß die an sich kurz dauernden hysterischen Dämmerzustände durch kettenartiges Aneinanderreihen den Charakter einer kontinuierlichen Geistesstörung gewinnen können, deren Gesamtdauer nach Monaten oder Jahren zählt. Diese Lehre hat allgemeine Anerkennung gefunden, und wird auch von *Kraepelin* zugegeben. Sie enthält den Schlüssel zum Verständnis der sogenannten hysterischen Psychosen. Diese sind nicht nur aus jenen einfachen Bewußtseinsstörungen hervorgegangen, sondern direkt zusammengesetzt: aus Wachträumen, Halluzinationen, Dämmerzuständen, Verstimnungen, Lethargien, Delirien in beliebiger Anordnung mit unregelmäßigen

Intermissionen. Hieraus erklärt sich das widerspruchsvoll wechselnde Krankheitsbild des hysterischen Irreseins, und die Unmöglichkeit, dasselbe restlos in die alten Schemata einzufügen.

Dennoch wäre es falsch, die alte Lehre von der Hystero-Melancholie und der hysterischen Paranoia einfach zu verwerfen. Denn die Erfahrung zeigt, daß die im einzelnen so mannigfachen Bilder des hysterischen Irreseins ihrem gesamten Verlauf nach in zwei große Gruppen zerfallen, in eine depressive und in eine paranoische Form. Bei der depressiven Form geben gehäufte Anfälle trauriger Verstimmung, raptusartige Erregungen mit Suizidversuchen, schreckhafte Delirien, welche im Krankheitsbilde überwiegen, die melancholische Grundfärbung; während interkurrente Krampferscheinungen, paranoische Episoden, Furor- und Moria-Anfälle, Dämmerzustände mit Vorbeireden, endlich die unerwarteten Intermissionen mit deutlichem Hervortreten des hysterischen Temperaments und der sogenannten Stigmata den proteusartigen Wandel bedingen. Solche hysterische Melancholieformen entstehen ziemlich akut im Anschluß an Anstrengungen und Aufregungen, besonders gern in Untersuchungshaft. Bei Traumatikern herrschen hypochondrische Züge vor.

Mehr chronisch pflegt sich in der Regel die paranoische Form zu entwickeln. Hier wird der Inhalt von Wachträumen, nächtlichen Visionen und Delirien gewöhnlich erst durch willkürliche Phantasietätigkeit von Art der *Pseudologia phantastica* weiter ausgesponnen und allmählich zu einem Wahnsystem verknüpft, das aber nur vorübergehend den Hysteriker wirklich beherrscht und infolge äußerer Einwirkung spurlos verschwinden kann, um allerdings oft unerwartet wieder aufzutauchen. Solche Exacerbationen werden dann in der Regel von Dämmerzuständen eingeleitet. Lethargische und delirante Phasen sind stets möglich, auch somnambule Episoden mit alternierendem Bewußtsein. Charakteristisch ist oft die einseitige Richtung des Verfolgungswahnes gegen eine bestimmte Person mit entsprechenden nächtlichen Sinnestäuschungen. Verblödung oder Übergang in die klassische Paranoia sind nicht anzunehmen.

Vielleicht darf man noch einen dritten Verlaufstypus unterscheiden, der charakterisiert ist durch abwechselnde Erregungen von Art des Furor resp. der Moria und Stuporanfälle. Diese Form entwickelt sich am liebsten bei jugendlichem Imbezillen. Ihre Abgrenzung gegen die während der Pubertät in einzelnen Schüben auftretenden Verblödungsprozesse erscheint aber noch nicht genügend gesichert.

Überhaupt kann die Diagnose des zusammengesetzten hysterischen Irreseins erheblichen Schwierigkeiten begegnen. Zunächst ist die Möglichkeit zufälliger Komplikationen zu beachten. Ferner tragen zirkuläres Irresein und klimakterielle Melancholien an sich oft einzelne hysteriforme Züge. Konvulsionen und Dämmerzustände mit Sensibilitätsstörungen finden sich nicht nur bei der Epilepsie, sondern gelegentlich auch bei katatonischen Verblödungspsychosen. Wertvoll bleibt stets Entstehung der Psychose im Anschluß an

äußere Ursachen, Einfluß dieser auf Intermissionen und Exacerbationen; bei Frauen zeitliches Zusammenfallen mit der Menstruation. Ferner kommt in Betracht die Oberflächlichkeit aller Erscheinungen: Also übertriebenes Markieren der Depression in theatralischen Klagen bei erhaltener Genußsucht, aufdringliches Berichten über Stimmen und Wahnideen ohne sichtbaren Einfluß derselben auf das Handeln. Endlich tiefgreifende Veränderung des ganzen Krankheitsbildes durch suggestive Maßnahmen, und geringe Beeinträchtigung von Schlaf und Appetit. Indessen sind alle diese Momente einzeln nur mit großer Vorsicht zu verwerten.

Gegenüber der Katatonie wäre vielleicht zu berücksichtigen, das Bedürfnis nach Unterhaltung und Beschäftigung, rege Neugier auch im Stupor, feine Empfänglichkeit für humoristische Szenen, Sucht eine Rolle zu spielen, Beherrschung der Umgebung durch geschicktes Intriguieren.

Daß die Delirien und Halluzinationen Hysterischer meist wirkliche Erlebnisse betreffen, wurde erwähnt. Bei ihrer motorischen Erregung handelt es sich eher um Gefühlsausbrüche als reinen Bewegungsdrang. Stereotypen und Negativismus finden sich neben typischen Stigmata mehr sporadisch eingestreut. Ihr gehäuftes Auftreten, zumal auch die längere Dauer eines Stupors sind verdächtig auf Komplikation mit Katatonie. Plötzliches Einsetzen des Stupors nach äußerem Anlaß, rascher Ablauf desselben in Stunden bis Tagen ohne baldiges Recidiv spricht für Hysterie. Einen durchgreifenden Unterschied zwischen beiden Stuporformen giebt es aber bisher nicht!

Auch das von *Ganser* beschriebene Vorbeireden stellt kein spezifisches Elementarsymptom der Hysterie dar, sondern eine bei den verschiedensten Dämmerzuständen mögliche Assoziationsbehinderung, die allerdings bei Hysterikern am häufigsten zu beobachten ist.

Die Prognose des zusammengesetzten hysterischen Irreseins ist im einzelnen Falle ganz unberechenbar. Noch nach Jahren können alle psychotischen Symptome zurücktreten; doch bleibt die Gefahr eines Recidives stets zu befürchten. Im allgemeinen kann man vielleicht sagen, daß die mehr akut einsetzenden depressiven Fälle häufiger zu raschem Ablauf neigen als die chronisch verlaufenden paranoiden.

Wo schließlich ausgesprochene Verblödung eintritt, handelt es sich wohl um eine Komplikation mit Katatonie.

Im einzelnen sind aber die Beziehungen zwischen hysterischem Irresein und Katatonie noch nicht genügend geklärt und bedürfen dringend weiterer Bearbeitung.

Diskussion: *Fürstner*-Straßburg: Gegenüber der Klage des Herrn *Rücke*, daß von *Binswanger*, *Kraepelin* den hysterischen Psychosen ein ungemein geringer Umfang beigemessen werde, hat er mit keinem Worte des Referates Erwähnung getan, das ich vor einigen Jahren hier im Verein über die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen erstattete, in dem ich mich über eine ganze Reihe von hysterischen Psychosen geäußert habe, die hysterische

Melancholie, Moria, ebenso wie ich an einer hysterischen Paranoia festhalten muß; ich bin auch nicht in der Lage, den hysterischen Charakter fallen zu lassen.

Henneberg - Berlin stimmt mit den Ausführungen des Vortragenden auf Grund von in der Charité gemachten Erfahrungen überein. Der *Gansersche* Dämmerzustand stellt nicht eine besondere Form des hysterischen Irreseins dar, es unterscheidet sich von den gewöhnlichen Dämmerzuständen nur dadurch, daß bei den betreffenden Personen die Vorstellung, daß das Verkehrtreden ihnen irgendwie zustatten kommt, Platz greift. Dadurch erklärt sich, daß das *Gansersche* Symptom bei kriminellen Personen viel häufiger ist als bei nicht kriminellen. Die Bezeichnung „*Gansersches* Symptom“ ist empfehlenswert, weil die Benennung „Vorbeireden“, die für die inadäquaten Antworten der Katatoniker seit längerer Zeit in Gebrauch ist, zu Irrtümern Anlaß geben kann.

Raecke (Schlußwort): Bei dem großen Umfange der einschlägigen Literatur und der Kürze der mir heute bemessenen Zeit habe ich absichtlich nur die neuesten Arbeiten zitiert. Mit den Ausführungen des Herrn *Henneberg* bin ich im wesentlichen einverstanden.

Siemerling - Kiel: Über Wert und Bedeutung der Cytodiagnose für Geistes- und Nervenkrankheiten.

Bei der Schwierigkeit der Diagnose der Erkrankungen des Gehirns, besonders in den Anfangsstadien, ist jedes neue Hilfsmittel, das Wert besitzt, zu schätzen. Die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit, eine Methode, um deren Einführung in Deutschland sich besonders *Schoenborn* Verdienste erworben hat, gehört hierher. Es kommt dabei nach den jetzigen Ergebnissen auf dreierlei an: auf die histologische Beschaffenheit, auf das chemische Verhalten und auf die Farbe (Chromodiagnose). Die Zahl der Arbeiten, die sich mit diesem Problem beschäftigt haben, ist besonders von französischen Autoren eine große. Was zunächst die Farbe anbelangt, so kommt pathognostisch nur die lebhaft Rote (Gehalt von frischem Blut), chemisch kommt besonders die Vermehrung des Eiweißgehaltes in Betracht, die bei verschiedenen Erkrankungen beobachtet worden ist. Normales Eiweiß enthält die Cerebrospinalflüssigkeit 0,2—1,0 pro 1000 Globulin. Der Gehalt an Albumin ist pathologisch. Unter den Erkrankungen, die sich durch eine Vermehrung des Eiweißgehaltes auszeichnen, ist besonders die progressive Paralyse zu nennen. Von Reaktionen kommen besonders die von *Nissl* ausgearbeiteten Modifikationen der *Esbachschen* Methode in Betracht, die ein exaktes Verfahren darstellen. Die Vermehrung des Eiweißgehaltes, die bei progressiver Paralyse gefunden wird, geht oft aber nicht parallel mit der Lymphocytose. Um die histologischen Untersuchungen haben sich vor allen französischen Autoren, in Deutschland *L. Meyer*, Verdienste erworben. Bei Erkrankungen mit chronischer meningitiseher Reizung findet sich stets Lymphocytose, die also zusammen mit den übrigen Erkrankungen ein charakteristisches Zeichen

für organische Erkrankung darstellt. In 38 untersuchten Fällen von progressiver Paralyse haben 37 Lymphocytose ergeben. Die Bedeutung dieser Erscheinung liegt vor allem darin, daß die Lymphocytose und die chemische Veränderung der Cerebrospinalflüssigkeit schon in der Reihe der Frühsymptome auftritt. In drei Fällen von Delirium tremens fehlten die Erscheinungen. In einem Fall von Alkoholneuritis bestand eine leichte Lymphocytose, vielleicht handelte es sich um eine beginnende progressive Paralyse. Vier Fälle von Epilepsie und besonders solche von einfacher Seelenstörung ergaben ein negatives Resultat. Untersuchungen bei Tabes, Hirntumoren und Lues cerebri ergaben starke, bei multipler Sklerose leichte Lymphocytose. Ein Fall von Delirium tremens mit Influenza und leichter meningitischer Reizung ergab leichte Lymphocytose und Eiweiß. Zwei Fälle von eitriger Meningitis ließen polynucleäre Leukocyten erkennen. In einem Falle von Hirntumor ergab sich ein normales Resultat. Auf Grund dieser Tatsache wurde Lues ausgeschlossen. Die Sektion ergab ein Sarkom. Spontane Gerinnung ist in einigen Fällen beobachtet, der Vortragende hat sie nicht gesehen. Irgendwelche Nebenwirkungen oder unangenehme Nachsymptome der Operation sind nicht zur Beobachtung gelangt. Bei der Geringfügigkeit des operativen Eingriffs stellt sich derselbe als eine wichtige Bereicherung unserer Hilfsmittel dar. Die ausgesprochene Lymphocytose weist auf das Bestehen einer meningitischen Reizung hin; damit verbindet sich meist eine Eiweißvermehrung. Die Bedeutung der einzelnen histologischen Elemente außer den Lymphocyten stößt noch auf Schwierigkeit. Der Hauptwert ist mit darin gelegen, daß der positive Ausfall in die Reihe der Frühsymptome der progressiven Paralyse gehört.

Diskussion: *Stolper*-Göttingen hat bei Schädelverletzungen, wo man eine größere Blutung anzunehmen Veranlassung hatte, nicht immer Blut in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit gefunden. Andererseits hat er eine starke Blutung durch Anstechen einer meningealen Vene beobachtet, ein mantelartig das Mark umgebendes Hämatom.

Schäfer-Roda: Das Resultat meiner Untersuchungen, die ich bei verschiedenen Schwachsinnformen anstellte, deckt sich hinsichtlich des Eiweißgehaltes des Liquor cerebrospinalis mit dem von *Siemerling*. Ich fand fast durchweg bei den organischen Schwachsinnformen, namentlich bei *Dementia paralytica* erhebliche Vermehrung, bei den übrigen Schwachsinnformen, wie *Dementia epileptica*, Idiotie, *Dementia secundaria*, *apoplectica*, selten einmal Steigerung über die Norm. Ich nehme an, daß die Eiweißvermehrung bei *Dementia paralytica* auf die entzündliche Beteiligung der Leptomeninx am Krankheitsprozeß ursächlich zurückzuführen ist. Seit meinen Untersuchungen habe ich regelmäßig auf diesen Zusammenhang geachtet und gefunden, daß bei den Paralytikern mit erheblicher Eiweißvermehrung ausgesprochene Leptomeningitis durch die später gemachte Obduktion festgestellt wurde. Eine Drucksteigerung des Liquor cerebrospinalis, die häufig eine ganz große war,

fand ich fast durchweg sowohl bei der paralytischen wie den übrigen Schwachsinnformen.

Raecke-Frankfurt a. M. zeigt drei Mikrophotogramme zur Demonstration der qualitativen Unterschiede des Sediments: 1. typische Lymphocytose bei Paralyse; 2. polynucleäre Leucocytose bei Meningitis tuberculosa; 3. große, blasse, einkernige Leukocyten bei multipler Sklerose. Weitergehende Schlüsse will *R.* aus diesen Unterschieden noch nicht ziehen, weist aber auf die Möglichkeit einer differentialdiagnostischen Bedeutung derselben hin.

Wollenberg-Tübingen kann auf Grund der Untersuchungen in der Tübinger Klinik die Befunde *Siemerlings*, soweit die Lymphocyten in Betracht kommen, bestätigen; chemische Untersuchungen sind in Tübingen noch nicht vorgenommen worden.

O. Fischer-Prag erwähnt einen technischen Kunstgriff, welcher die Dauer des Centrifugierens verkürzt, indem man der frischen Cerebrospinalflüssigkeit einige Tropfen Formol zusetzt, wobei feinste Eiweißflocken ausfallen, welche die zelligen Elemente mitreißen und sich leichter abcentrifugieren lassen. Was dann die aufgestellte Frage anlangt, wie das fallweise Vorkommen von zellarmer Cerebrospinalflüssigkeit bei Paralyse zu erklären ist, haben einstweilige Untersuchungen in dieser Richtung ergeben, daß dies nur in denjenigen Fällen vorkommt, wo die meningealen Veränderungen von mehr chemischer Natur sind, mit vornehmlicher Bindegewebsbildung und oft geringer Zellinfiltration, daß also der Reichtum der Cerebrospinalflüssigkeit an zelligen Elementen eigentlich auf nichts anderes hinweist, als auf die Stärke der cellulären Infiltration der Meningen.

Fürstner-Straßburg: Angesichts der Tatsache, daß jetzt viele Lumbalpunktionen gemacht werden, daß in Zukunft die Zahl derselben noch größer werden dürfte, scheint es mir doch zweckmäßig, auseinanderzuhalten die Lumbalpunktion zu diagnostischen oder zu wissenschaftlichen Zwecken. Namentlich bei der letzteren Gruppe dürfte es doch zunächst noch richtig sein, sich der Einwilligung der Kranken und Angehörigen unter allen Umständen zu sichern, da, wenn einmal unangenehme Folgen sich einstellen sollten, was nicht mit voller Sicherheit auszuschließen, für den Arzt sich nicht selten fatale Konsequenzen ergeben.

Alzheimer-München ist der Meinung, daß es rätlich sei, solange noch einzelne Forscher, wie z. B. Herr *Fürstner*, die Lumbalpunktion für keine unbedenkliche Operation halten, sich der Zustimmung der Angehörigen zu versichern, wie es auch *Nissl* für angebracht hält, hofft aber, daß die weiteren Erfahrungen, die ja wohl rasch gesammelt werden, die Ungefährlichkeit des Eingriffes so dartun werden, daß man ihn, wie jetzt schon in Frankreich, noch unbedenklicher vornehmen kann. Daß der Nachweis einer Vermehrung der Lymphocytose heute schon in diagnostischen Schwierigkeiten ein schweres Gewicht in die Wagschale der organischen Krankheiten wirft, scheint sicher. Besonders scheint es mir nach den Untersuchungen von *Revant* wünschenswert, festzustellen, inwieweit eine Lues für sich allein ohne organische Geistes-

oder Nervenkrankheit Vermehrung der Lymphocyten der Cerebrospinalflüssigkeit veranlassen kann. Unter den Fällen *Nissl* befindet sich einer, der wohl an einer Dementia praecox litt, früher luetisch war und wo die Lymphocytose nicht auf die Geistesstörung, sondern auf die Lues zurückgeführt wird.

Im Schlußwort präzisiert der Vortragende nochmals seine Anschauungen in den wesentlichsten Punkten.

Schüle-Illenau: Nochmals das Heiraten von früher Geisteskranken.

Vortragender kommt auf ein schon vor Jahren behandeltes Thema zurück, indem er die allgemeine soziale Pflicht betont, einen Schutz der Nachkommenschaft zu erzielen, indem man die Vererbung psychopathischer Eigenschaften möglichst verhindert. Er gibt ohne weiteres zu, daß ein gesetzgeberisches Vorgehen — etwa durch Einführung eines Eheverbotes für Degenerierte und Psychopathen — heute nicht am Platze sei. Wir kennen die Gesetze der Vererbung noch so gut wie gar nicht und können nicht angeben, welche psychopathischen Eigenschaften in der ausgesprochenen Geistesstörung mit Sicherheit die Nachkommenschaft gefährden und welchen Einfluß die Beimischung gesunden Blutes zu einer psychopathischen Belastung besitzt. Die positiven Vorschläge des Vortragenden bestehen darin, daß er erstens ein viel eingehenderes Studium der Erblichkeitsverhältnisse womöglich auf einer ausgedehnten statistischen Grundlage empfiehlt, damit man auf Grund derartiger Erfahrungen allmählich zu einer Kenntnis der Erblichkeitsgesetze gelange. Weiter empfiehlt er bei denjenigen psychopathischen Zuständen, bei welchen ein schädlicher Einfluß auf die Nachkommenschaft schon jetzt einigermaßen sichergestellt sei, gegebenenfalls möglichst die ärztliche Autorität zur Verhinderung einer Ehe in die Wagschale zu legen. Von solchen Zuständen nennt er die Paralyse, ferner die auf degenerativer Belastung entstehenden cyklischen Geistestörungen, ethisch degenerierte Individuen, namentlich Epileptiker und Hysteriker, dann chronische Alkoholisten mit stark ausgesprochenem moralischen Defekt und andere. Von weiteren Maßregeln, welche schon jetzt durchführbar sind, empfiehlt er die prophylaktische Entmündigung solcher chronischer Geisteskranken, welche alleinstehend zeitweise wieder außerhalb der Anstalt leben können und der Gefahr ausgesetzt sind, wenn sie ihre Geschäftsfähigkeit behalten, zu einer Eheschließung oft aus unlauteren Motiven gedrängt zu werden. Weiter kann der psychiatrische Sachverständige gelegentlich bei der nachträglichen Anfechtung einer Ehe auf Grund der §§ 1333 und 1334 des B.G.B. in diesem Sinne tätig sein. Von der angeblichen Schutzkraft der Ehe für psychisch wenig widerstandsfähige Personen hält Vortragender nicht allzu viel. Insbesondere weist er auf die mannigfaltigen Schädlichkeiten hin, welche namentlich für den weiblichen Teil eine Eheschließung in dieser Richtung mit sich bringen kann. In dieser Hinsicht könnte namentlich die Tätigkeit der Hilfsvereine einsetzen, indem sie durch ihre Vertrauenspersonen einen beratenden Einfluß auf die aus den Anstalten entlassenen Kranken und ihre Angehörigen ausüben.

Diskussion: *Fürstner*-Straßburg betont, daß die gewöhnlichen Zählkarten nicht genügendes Material für diese Frage bieten; aus ihnen erscheine nur, ob in der Familie bei einem oder einer Kranken Geistesstörungen vorgekommen. Wir wollen aber wissen: wie hat sich nach der Verheiratung eines früheren Kranken die Deszendenz gestaltet? Bei einer großen Gruppe von geistig abnormen oder defekten Individuen finden Eheschließungen statt und kommen überhaupt nicht zur Cognition der Anstaltsärzte. Gerade dieses Material ist ebenso wichtig wie schwer erreichbar. Am besten würde es sein, wenn Herr Kollege *Schüle* eine Reihe von Fragen aufstellen würde, die von den Kollegen besonders beachtet werden müßten.

Dies Moment, daß viele Fälle nicht zu ärztlicher Cognition kommen, betont auch *Hitzig* und weist darauf hin, wie sehr jeder auf gesetzgeberischem Wege zustande kommenden Freiheitsbeschränkung des Individuums die Stimmung des Publikums entgegenstehe. Das Zählkartenmaterial hält er für genügend.

Mendel-Berlin: Ich habe den Vortrag des Herrn *Schüle* nicht so verstanden, als ob er jetzt schon gesetzgeberische Vorschläge wollte, sondern nur so, daß er uns aufforderte, Bausteine zu sammeln für ein späteres Einschreiten der Gesetzgebung. Diese gegebene Anregung scheint mir im höchsten Grade beachtenswert. Schon, wenn wir sehen, daß die Erblichkeitsziffer in den Lehrbüchern bei Geisteskranken zwischen 4 % und 70—90 % angegeben wird, so erscheint es mir erforderlich, hier einmal kritisch vorzugehen. Dann gibt es aber noch eine Reihe spezieller Fragen: wieviel bleiben von den hereditär Belasteten gesund? wie groß ist die Gefahr — prozentual berechnet —, in welche sich derjenige begibt, der ein hereditär belastetes Mädchen heiratet usw.?

Herr *Schüle* betont in seinem Schlußwort nochmals, daß er jetzt noch keine gesetzgeberischen Schritte, sondern nur eine wissenschaftliche Vorarbeit fordere. Auch nach seiner Ansicht genüge das Zählkartenmaterial nicht. Auf eine Anregung *Fürstners* erklärt er sich bereit, einen entsprechenden Fragebogen auszuarbeiten, welcher dem Vorstände des Vereins vorgelegt werden soll.

Weygandt-Würzburg: Verhalten des Gehirns bei Situs viscerum transversus.

Ein bei der Sektion eines in der Trunkenheit tot zusammengestürzten Menschen festgestellter Fall von Situs viscerum transversus lud mich zur genaueren Untersuchung ein

1. wegen der Frage des Zusammenhangs der körperlichen Abnormität mit psychischen und hereditären Verhältnissen. und

2. wegen der Frage, ob sich nicht auch im Zentralnervensystem ein Ausdruck der Inversion finden läßt.

Der Verstorbene war früher ³/₄ Jahre in einer psychiatrischen Anstalt, wo er im wesentlichen das Bild einer Katatonie dargeboten hatte. Doch

schon in der Jugend fiel er durch Trägheit, mangelnde Begabung und minderwertigen Charakter auf. In seiner Familie fand sich noch eine Reihe von Fällen psychopathischer Minderwertigkeit, ferner litt der Vater an schwerem chronischen Alkoholismus; ein Blutsverwandter zeichnete sich durch seine Umgebung überragende Talente aus. Ein entfernter Verwandter nun, der auch schon von früh auf psychopathische Züge aufweist, hat dieselbe Anomalie eines Situs transversus, doch ist er rechtshändig, während unser Fall linkshändig ist.

Im Gehirn lenkt sich das Interesse auf die motorische Sprachregion, insbesondere auf die Stirnwindung und die Insel, deren Verletzung Leitungsaphasie bedingt. Nach *Rüdinger* ist das Übergewicht der dritten Stirnwindung und auch der Insel auf der linken Seite wenigstens bei hochgebildeten Personen deutlich. Die histologischen Untersuchungen von *Käs*, soweit sie die rechte und linke Hemisphäre vergleichen, sprechen wenigstens für eine im ganzen reichere Faserentwicklung der linken Inselgegend. Im ganzen gehen die Autoren hinsichtlich des mikroskopischen und makroskopischen Baues der Insel auseinander, offenbar auf Grund weitreichender individueller Variation des Organs.

In unserm Falle war der Windungstypus der dritten Stirnwindung rechts entschieden reicher, vor allem aber überragte die rechte Insel bei weitem die linke. Die Oberfläche des Insellappens betrug links 3,98 qcm, rechts 5,61 qcm; an Windungen zeigte die rechte Insel 4, die linke nur 2.

Die histologische Untersuchung ergab zunächst eine hochgradige Zellveränderung, vor allem Gliawucherung, Ganglienzellkernschwellung, Homogenisierung und vielfacher Schwund des Zellkörpers, häufig auch das Bild der „Auffressung“ der Nervenzellen durch die Glia, alles offenbar als Ausdruck der schweren psychischen Erkrankung.

Ferner wurden zum Vergleiche der rechten und linken Insel Messungen der Rinde- und Markmassen, sowie der verschiedenen Rindenschichten, außerdem auch Faser- und Zellzählungen vorgenommen.

Ein deutliches Überwiegen der einen oder anderen Seite ist jedoch nicht festzustellen, die stärkere Entwicklung der rechten Insel kommt vielmehr nur in einer das ganze Organ vergrößernden und die Windungszahl verdoppelnden Vermehrung der einzelnen Elemente, nicht aber in einer Vergrößerung der einzelnen Teile oder einer Vermehrung der Elemente in der Räumlichkeit zum Ausdruck. Als wesentliche Resultate sind folgende hervorzuheben:

1. Situs transversus kommt familiär vor.
2. Situs transversus tritt vereint mit psychischer Degeneration auf und stellt ein seltenes, aber tiefgreifendes Stigma hereditatis et degenerationis dar.
3. Situs transversus spricht sich auch im Hirn aus, bei Linkshändern wenigstens in einer reicheren Entwicklung der Sprachregion auf der rechten Seite.
4. Linkshändigkeit, die ja auch familiär vorkommt, ist als eine Folge von Situs transversus partialis, nämlich der Inversion des Zentralnervensystems anzusehen.

Scheven-Rostock: Zur Physiologie des Patellarreflexes.

Die noch immer schwebende Frage, ob die Sehnenphänomene rein reflektorischer Natur sind oder durch periphere, direkte Muskelreizung hervorgerufen werden, hat Vortragender durch experimentelle, vorwiegend an Kaninchen ausgeführte Untersuchungen der Lösung näher zu bringen versucht. Die erste Versuchsreihe diente zur Nachprüfung des Hauptarguments, welches gegen die Reflextheorie angeführt wird, nämlich daß die Latenzzeit der Muskelzuckung bei der Sehnenperkussion für die reflektorische Auslösung der Zuckung zu kurz sein soll. Mittels der graphischen Methode hat Vortragender die Latenzzeiten der Unterschenkelstreckung bei Perkussion der Patellarsehne und bei direkter, periodischer Muskelreizung bestimmt, und zwar bei gleicher Extension der Unterschenkelbewegung bei beiden Reizarten. Diese Versuche ergaben den konstanten Befund, daß die Latenz der Unterschenkelstreckung bei Sehnenperkussion fast das doppelte der bei direkter Muskelreizung bestimmten Zeit beträgt. Die Differenz zwischen den beiden Latenzzeiten war im Mittel auf $\frac{1}{100}$ Sekunde zu berechnen. Diese Zeit muß durch die Fortleitung der Erregung im Reflexbogen in Anspruch genommen werden, da alle durch die Versuchsmechanik bedingten Zeitverluste bei beiden Reizarten dieselben waren. Daß diese Zeit für den Ablauf des Reflexes zu kurz sei, kann bei dem Fehlen genauerer Kenntnisse über die Geschwindigkeit des Ablaufes der Erregung im Reflexbogen nicht eingewendet werden. Jedenfalls ist diese Differenzzeit eine zu große, als daß sie durch die Verschiedenheit der Latenzzeiten bei den beiden Reizarten erklärt werden kann.

In einer weiteren Versuchsreihe hat Vortragender die Extension der Unterschenkelstreckung bei gleichbleibender Stärke der Sehnenperkussion und bei verschieden großen Reizintervallen fortlaufend graphisch dargestellt. Die hierbei gewonnenen Kurven ergaben konstant auffallende unregelmäßige Schwankungen der Größe der Reflexbewegung, ohne daß eine Periodizität zum Ausdruck kam. Eine ausreichende Erklärung dieser Schwankungen der Bewegungsextension bei gleich starkem Reiz ist zurzeit nicht möglich. Von besonderer Wichtigkeit erscheint der konstante Befund, daß bei allmählicher Verkürzung des Zeitintervalls (von 20" bis 1") die Höhe der Ausschläge der Unterschenkelstreckung auf den Kurven einen treppenartigen Anstieg zeigt. Nachdem ein Maximum erreicht ist, das der betreffenden Reizstärke entspricht, erfährt die Kurve eine leichte Senkung. Diese Befunde sind nur auf Summationswirkungen der Reize zurückzuführen. Wenn die Reize in kurzen Intervallen aufeinanderfolgen, werden die einzelnen auf größere Rückstände der durch vorangehende Reize bedingten Erregung im Centrum treffen und so durch Summation ausgiebigere Reflexbewegungen herbeiführen als die in längeren Intervallen aufeinanderfolgenden Reize. Diese als Summationswirkung aufzufassenden Erscheinungen sind nur bei der Annahme der reflektorischen Natur des Sehnenphänomens erklärlich, während sie mit der Theorie der direkten Muskelreizung kaum in Einklang zu bringen sind.

So sind die Ergebnisse beider Versuchsreihen, welche a. a. O. ausführ-

lich mitgeteilt werden sollen, geeignet, zu einer weiteren Stütze der Reflex-theorie der Sehnenphänomene zu dienen.

Professor Sommer-Gießen: Experimentelle Psychopathologie.

Vortragender gab einen kurzen Überblick über die von ihm seit Jahren ausgearbeiteten psychologischen Methoden und ihre Anwendung bei der Untersuchung Geisteskranker. Sie verfolgen den Zweck, alle Äußerungen einer Geistesstörung auf körperlichem wie auf psychischem Gebiet möglichst objektiv darzustellen, sodaß ein Vergleich der Resultate untereinander möglich wird. Vortragender wies darauf hin, wie dieses Prinzip und das andere von ihm seit Jahren betonte, die Anwendung des gleichen Reizes und der Beobachtung der Reaktionszeit und Dauer schon weitgehende Anerkennung auf wissenschaftlichem und praktischem Gebiet gefunden habe.

Eine Anzahl von Kurven, welche die Ausführungen des Vortragenden erläutert, wird mittelst des Projektionsapparates demonstriert.

Westphal-Greifswald: Demonstration mikroskopischer Präparate eines seltenen Falles von Mißbildung des Rückenmarkes.

In der Nachmittagssitzung vom 26. April zeigte der Vortragende eine Reihe von Serienschritten durch eine merkwürdige cystenartige Bildung, welche sich als zufälliger Befund am unteren Rückenmarksabschnitt einer erwachsenen an einer akuten Psychose gestorbenen Frau vorfand. Die Wand der Cyste besteht vorwiegend aus glatten Muskelfasern, die sich auch im Rückenmark, selbst in der hinteren Schließungslinie nachweisen lassen. Zwischen den Muskelfasern findet sich weiches Bindegewebe, zahlreiche Blutgefäße, spärliche Nervenfasern. Das Lumen der Cyste ist mit Epithel ausgekleidet. Das Rückenmark zeigt im Sakralmark partielle Verdoppelung der grauen Substanz mit Verdoppelung des Zentralkanal (Diatematomyelie). Wirbelsäule und Dura waren vollkommen intakt.

Der Vortragende weist auf entwicklungsgeschichtliche Tatsachen und experimentelle Untersuchungen an Vögelembryonen (*Köllmann*) hin, nach denen es sehr wahrscheinlich ist, daß die Cyste einen erweiterten, aus früher Embryonalzeit persistierenden *Canalis neuriticus* darstellt. (Autoreferat.) (Der Fall wird ausführlich veröffentlicht werden.)

K. Brodmann - Berlin: Demonstrationen zur Cytoarchitektonik der Großhirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Lokalisation bei einigen Säugetieren.

(Die Arbeit erscheint ausführlich mit Tafeln und Abbildungen im *Journal für Psychol. u. Neurol.*)

Von früheren histologischen Lokalisationsversuchen beim Menschen ausgehend, hat Vortragender an einem umfangreichen tierischen Materiale die Frage in Angriff genommen, ob und inwieweit sich bei einzelnen Arten der Tierreihe den menschlichen analoge, d. h. durch Lage und Schichtenstruktur

übereinstimmende Rindenfelder nachweisen lassen. Seine Untersuchungen beziehen sich zunächst hauptsächlich auf die Säugetierreihe. Dabei kam er in der Hauptsache zu folgenden Feststellungen:

1. Der Grundplan des cytohistologischen Schichtenbaues der Großhirnrinde ist bei Menschen und (höheren) Tieren — abgesehen von Einzelheiten — ein übereinstimmender, insbesondere läßt sich der beim Menschen vorhandene sechsschichtige „histogenetische Grundtypus“ auch bei Tieren nachweisen.

2. Wie beim Menschen bestehen auch bei Tieren weitgehende strukturelle Verschiedenheiten des Rindenquerdurchschnittes in verschiedenen Bezirken des Großhirnoberfläche, welche — zunächst ganz unabhängig von physiologischen Voraussetzungen — zu einer Aufstellung von histologischen Centren führen, die unter sich in eine gewisse Analogie zu setzen sind.

3. Einzelne dieser Centren zeigen bei manchen Tieren Zelltextur (Cytoarchitektonik) eine große Übereinstimmung mit entsprechenden Feldern beim Menschen, so namentlich die durch den „Calcarinatypus“ ausgezeichnete *area striata* des Occipitallappens, ferner die Felder der *Regio Rolandica* und ihrer Nachbarschaft (Affe, Katze) die sog. „Riedrinde“, der limbride Typus und ein vom Vortragenden noch nicht näher beschriebener Frontaltypus. Auch die Inselrinde läßt bei manchen Tierarten einen ähnlichen cytoarchitektonischen Bau erkennen. Bezüglich anderer Felder sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

4. Die genaue Abgrenzung der histologischen Centren, also ihre Gestalt und topographische Lagebeziehung zu bestimmten Punkten der Hemisphärenoberfläche, speziell zu den einzelnen Furchen ist bei den verschiedenen Tierarten vielfach ganz voneinander abweichend. Eine exakte histologische Lokalisation muß also für jede Tierspezies getrennt vorgenommen werden, wenn man zu einer vergleichenden Organologie des Großhirns gelangen soll. Eine nächste und wichtigste Aufgabe ist daher die über die ganze Tierreihe sich erstreckende vergleichende cytoarchitektonische Topographie der Großhirnrinde.

Im einzelnen belegt nun Vortragender an der Hand von mikroskopischen Präparaten, von Photogrammen und Lichtdrucken von solchen seine Sätze, speziell demonstriert er den cytoarchitektonischen Bau des Calcarinatypus bei zahlreichen Vertretern der Säugetierreihe (verschiedene Affenarten, Halbaffen, Katze, Kaninchen, Igel, fliegender Hund, Känguruh) und zeigt die Übereinstimmung derselben mit dem menschlichen Calcarinatypus. Trotz dieser Übereinstimmung des Grundrisses des Calcarinatypus finden sich dennoch nicht nur bei verschiedenen Familien, sondern sogar bei verschiedenen Arten derselben Familie charakterisierende Differenzierungen des Calcarinatypus, welche unter Umständen direkt die Erkennung einer Spezies aus dem Querschnitt dieses Rindengebietes gestatten. So besitzen die niedrigen platyrrhinen Kapuzineraffen eine Gliederung des Calcarinatypus, welche reicher und feiner ist als diejenige aller anderen (bisher untersuchten) Affen einschließlich des

Menschen; an Übersichtspräparaten wird die zwölfschichtige Rinde des Calcarinatypus von Kapuzineraffen der achtschichtigen des Menschen und anderer Affen gegenübergestellt.

Die lokalisatorische Abgrenzung dieses Rindenfeldes (*area striata*) wird hauptsächlich von zwei Affenarten (*Maceacus* und *Cebus*) an Auswahl-diapositiven, aus Schnittserien durch ganze Hemisphären demonstriert. Als wesentliches Ergebnis stellt Vortragender die biologisch wichtige Tatsache fest, daß beim Affen des Calcarinatypus (die *area striata*) einen sehr großen Teil der Konvexität des Hinterhauptlappens annimmt, während er beim Menschen fast ausschließlich auf die Medianfläche beschränkt ist. Im allgemeinen stellt aber auch hier (wie beim Menschen) dieses Rindenfeld ein stark umschriebenes Organ dar, das sich klappenartig auf den Occipitalpol aufstülpt und nach vorne zu sich schmälern im Grunde der Calcarinaspitze endet. Die Ungenauigkeit und Unvollständigkeit der *Schlappschen* Abgrenzung dieses Rindenfeldes wird eingehend dargetan und auch die lediglich auf makroskopische Untersuchungen gestützte Lokalisation von *E. Smith* wird in Einzelheiten ergänzt und berichtigt. Auf die Lokalisation bei anderen Tieren geht Vortragender nicht ein, er erwähnt nur nebenbei, daß bei der Katze dieses histologische Rindenfeld der *Munkschen* Stelle a, sich nicht deckt. Zum Schlusse zeigt Vortragender noch die Rindenfelder, welche er bei Affen in der *Regio Rolandica* abgrenzen konnte. Dieselben besitzen eine überraschende Ähnlichkeit mit den früher beim Menschen beschriebenen. Während *Schlapp* beim Affen nur zwei Typen durch die Zentralfurche trennte, unterscheidet Vortragender auch hier in der hinteren Zentralwindung 2 und nach vorne von der Zentralfurche mindestens 3 differente Rindenfelder. Auch im Parazentralläppchen ist die Abgrenzung ähnlich wie beim Menschen (3 verschiedene Typen); nur in einer Hinsicht findet eine bemerkenswerte Abweichung statt, insofern nämlich als das Riesenpyramidensystem bei Affen weiter nach vorne reicht als beim Menschen, das eigentliche Stirnbein also dadurch gewissermaßen nach vorne gedrängt und eingeschränkt erscheint.

An Oberflächenschemata von Affen und Menschen weist schließlich Vortragender auf die eigentümliche streifen- resp. bandförmige Gestalt der cytoarchitektonischen Rindenfelder hin (im Gegensatz von *Flechsig*), welche namentlich bei den lissencephalen Krallenaffen (*Hapaliden*) so deutlich ist, daß eine gewisse äußere Ähnlichkeit mit einer segmentären Anordnung der Centren nicht von der Hand zu weisen ist. (Autorreferat.)

Dr. *Liepmann*-Berlin demonstrierte Serienschnitte vom Gehirn eines Apraktischen.

Es handelt sich um einen klinisch und anatomisch genau untersuchten Fall, dessen eingehende Publikation besonders erfolgt.

Die beiden aus Göttingen angemeldeten Vortragenden, Dr. *Weber* und Dr. *Vogt*, hatten zugunsten der auswärtigen Gäste auf ihre Vorträge verzichtet.

Den Schluß der Jahresversammlung bildete am Dienstag Nachmittag eine Besichtigung des „Provinzial-Nervensanatoriums Rasenmühle“. Bereits am Tage vorher hatte Professor *Cramer-Göttingen* in seinem Vortrage die näheren Ausführungen darüber gegeben. Die gesamte Anlage fand großen Beifall. Insbesondere wurde von allen Seiten anerkannt und hervorgehoben, daß es hier gelungen sei, mit außerordentlich geringen Kosten und unter Benutzung der ganz anderen Zwecken dienenden Räumlichkeiten ein allen Anforderungen entsprechendes, modernes Krankenhaus zu schaffen. Der Oberarzt der „Rasenmühle“, Dr. *Quaet-Faslem*, führte den Gästen eine Reihe turnender Kranken vor und betonte, wie außerordentlich heilsam sich diese regelmäßigen Turnübungen bei der Behandlung Nervenkranker bewähren.

Während der Tagung der Jahresversammlung hat eine Vereinigung von Vertretern der in Göttingen hochentwickelten Feinmechanik eine gemeinsame Ausstellung von wissenschaftlichen Apparaten veranstaltet. Es waren dies namentlich die Firmen Winkel für Mikroskope und mikrophotographische Apparate, ferner Sartorius für Brütöfen und Beckersche Mikrotome. Apparate von Elektrotherapie, Massage usw. lieferten Gebr. Ruhstrat. Der Optiker Dräger, Firma Rudolph, hatte einen neugebauten Projektionsapparat im Auditorium, wo die wissenschaftlichen Sitzungen stattfanden, aufgestellt. Allseitig wurden die ganz vorzüglichen Leistungen dieses Apparates anerkannt.

Beim Diner am Montag Abend wurde an den Nestor der deutschen Psychiatrie, *Laehr-Zehlendorf*, ein Begrüßungstelegramm abgesandt, für welches derselbe telegraphisch herzlich dankte und mit dem Wunsche verband, daß der Kongreß in Göttingen ein Markstein in den Fortschritten der deutschen Psychiatrie sein möge.

Als Mitglieder traten dem Verein neu bei 40: *Anton-Graz*, *Barbe-Pforzheim*, *Brückner-Hamburg* (Friedrichsberg), *G. und O. Brunner-Neuemühle* bei Kassel, *Damköhler-Klingenmünster*, *Dietz-Hofheim*, Oberarzt, *Dinter-Rybnik*, *Feldkirchner-Karthus/Prüll*, *Flügge-Düsseldorf/Grafenberg*, *Grahl-Hedemünden*, *Heilighenthal-Baden-Baden*, *Hoppe-Liebenburg a./H.*, *Jenz-Schwerin* (Meckl.), *Imhof-Werneck*, *Kellner-Untergoltsch*, *Koch-Rinteln*, *Koehler-Gabensee*, *Köplin-Greifswald*, *Körtke-Hamburg*, *Kramer-Breslau*, *Langenbeck-Göttingen*, *Lantzius-Beninga-Weilmünster*, *Liepau-Hamburg-Eichenhain*, *Lohmann-Brieg*, Assist., *Lustig-Naunhof-Erdmannshain b./Leipzig*, *Müller-Uchtsprunge*, *Parkmann-Tapiau*, Oberarzt, *Puchberger-Wien*, *Quaet-Faslem-Göttingen/Rasenmühle*, *Repkewitz-Schleswig*, *Rieper-Schleswig*, *Roßbach-Hubertusburg*, *Sander-Ansbach*, *Schröder-Uckermünde*, Oberarzt, *Seelig-Lichtenberg* (Herzberge), *Spyra-Merxhausen* (Bez. Kassel), *Steinhausen-Hannover*, Oberstabsarzt, *Stoeckle-Werneck*, *Tauscher-Colditz i./S.*

111. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. März 1904.

Anwesend die Herren: *Anker-Lichtenrade, Adam-Herzberge, a. G., Abraham-Dalldorf, a. G., Benda-Berlin, P. Bernhardt-Dalldorf, a. G., Colla-Finkenwalde, Eicke-Herzberge, a. G., Falkenberg-Herzberge, K. Frank-Mexiko, a. G., Gock-Landsberg a. W., Hebold-Wuhlgarten, Jakobsohn-Berlin, Junius-Dalldorf, Koenig-Dalldorf, Krönig-Berlin, a. G., Liepmann-Dalldorf, Marthen-Landsberg a. W., Mamlock-Berlin, a. G., Mathias-Dalldorf a. G., Mittenzweig-Steglitz, Mittenzweig-Herzberge, Moeli-Herzberge, Munter-Berlin, Neumann-Berlin, a. G., Roßbach-Herzberge a. G., Sander-Dalldorf, Schmidt-Wuhlgarten, Schmidt-Herzberge, a. G., Seelig-Herzberge, Sklarek-Dalldorf, Vial-Herzberge, a. G., van Vleuten-Dalldorf, Waldschmidt-Westend, Weiler-Westend, Werner-Dalldorf, Ziegenhagen-Dalldorf, a. G., Zinn-Eberswalde.*

Am Vorstandstisch: *Gock, Moeli, Sander.*

Vorsitzender: *Sander.*

Der Vorsitzende gedenkt mit herzlichen Worten des verstorbenen Vorstandsmitgliedes Geheimrat *Jolly*, zu dessen ehrendem Gedächtnis die Anwesenden sich erheben. — Geheimrat *Laehr* sen. entschuldigt sein Fernbleiben von der Sitzung.

Herr *Klipstein-Dalldorf* stellt vor Eintritt in die Tagesordnung eine Kranke mit hysterischen Dämmerzuständen vor.

Die Kranke, eine den gebildeten Ständen angehörende etwa 40 Jahre alte Frau, wurde an einem Abend des März 1902 in Berlin an dem Ufer der Spree betroffen, wie sie einen Ring ins Wasser warf und sich zu entkleiden begann. Da sie den Eindruck einer Geisteskranken machte, wurde sie in die Anstalt zu Dalldorf gebracht. Hier bot sie anfangs das Bild eines hysterischen Dämmerzustandes dar. Sie saß ruhig da, starrte betäubt vor sich hin, murmelte mitunter einige abgerissene Worte. Sie antwortete leise, zögernd, oft erst nach wiederholtem dringendem Fragen, manchmal gar nicht. Sie sprach geziert, in kindlicher Tonart. Der Inhalt ihrer Antworten stand mehrfach zur Frage in keiner ohne weiteres erkennbaren Beziehung. Statt eine kurze, bündige Auskunft zu geben, gebrauchte sie gern längere Umschreibungen. Die Klarheit des Bewußtseins schwankte und war abhängig von äußeren Einwirkungen. Wenn man sich längere Zeit mit ihr beschäftigte, ließ sie sich aus dem Halbschlaf, in dem sie sich gewöhnlich befand, so weit ermuntern, daß sie einfache Sinneseindrücke klar auffaßte und verwertete, z. B. bei der Sensibilitätsprüfung schließlich ganz exakte Angaben machte. Ein richtiges Verständnis für die ganze Situation gewann sie freilich vorerst nicht. Auffallend waren die Fehler, die sie beim Rechnen machte:

$$\begin{array}{rcl} 8 \times 9 = 73 & 6 \times 7 = 43 & 6 \times 8 = 49 \\ 42 : 7 = 3 & 7 + 13 = 23. & \end{array}$$

Beim Rückwärtszählen ließ sie die ungeraden Zahlen aus.

Am ausgeprägtesten aber waren die Störungen des Gedächtnisses. Daß sie sich der Ereignisse, die ihrer Aufnahme in die Anstalt unmittelbar vorausgegangen waren, nur unklar und bruchstückweise erinnerte, war nicht verwunderlich, hatte sie sich doch offenbar zur Zeit ihrer Auffindung an der Spree bereits in einem Zustande getrübtten Bewußtseins befunden.

Merkwürdig aber war, daß sich der Beginn der Periode, für die sie keine deutliche Erinnerung hatte, gar nicht feststellen ließ. Als man sie ihr verflossenes Leben in der Erinnerung zurückverfolgen ließ, zeigte es sich, daß sie die klare und zusammenhängende Erinnerung an ihre persönlichen Erlebnisse für alle Lebensabschnitte bis in die früheste Kindheit hinein eingeübt hatte. Nur eine Anzahl unerheblicher Tatsachen und Vorkommnisse aus der Vergangenheit wußte sie noch; gerade diejenigen Kenntnisse, über die jeder Mensch sonst am leichtesten und sichersten verfügt, hatte sie ganz vergessen. Alle wichtigen Zahlen und Daten aus ihrer Lebensgeschichte, die Namen der Personen, mit denen sie in täglichem vertrauten Verkehr gestanden hatte, die Namen der Orte, in denen sie die längste Zeit ihres Lebens zugebracht hatte, waren ihrem Gedächtnis entschwunden. Dabei schien es, als ob sie sich dieses hochgradigen Ausfalles der geläufigsten Vorstellungen gar nicht bewußt wäre, als ob ihr selbst erst ganz allmählich im Laufe der Exploration das Bestehen der Störung klar würde. Die Fähigkeit, sich frische Eindrücke einzuprägen, war verhältnismäßig wenig herabgesetzt.

Die Diagnose „hysterischer Dämmerzustand“, die schon auf Grund des geschilderten Befundes gestellt werden konnte, wurde durch die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung bestätigt. — Es fand sich konzentrische Engung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben, linksseitige, Arm und Rumpf betreffende Anaesthesie, Analgesie und Thermanaesthesie, Herabsetzung der sensorischen Funktionen auf der linken Seite. Es bestand außerdem Schwangerschaft im 7. Monat. Der beschriebene Zustand blieb etwa 14 Tage lang unverändert bestehen. Dann hellte sich das Bewußtsein allmählich etwas auf, das gezielte, kindliche Gebahren und die anderen auffallenden Eigentümlichkeiten ihres Benehmens traten mehr zurück. Patientin blieb aber noch weinerlich, leicht benommen, zerstreut; eine Disposition zu stärkeren Bewußtseinsstörungen machte sich noch öfters geltend.

Drei Monate nach ihrer Aufnahme in die Anstalt gebar sie einen Knaben und danach erst wurde sie ganz allmählich völlig und dauernd klar, freier und energischer in ihrem Benehmen, äußerte das Bedürfnis zu dauernder Tätigkeit. Sie knüpfte Beziehungen zu Pflegerinnen und Kranken an, machte sich bald beliebt und erwies sich als eine gebildete, kluge, in Handarbeiten ungewöhnlich geschickte und fleißige Dame.

Aber trotz dieser erheblichen Besserung des allgemeinen Geisteszustandes ist die ausgedehnte Amnesie, die im Beginn der Beobachtung festgestellt war, unverändert bestehen geblieben. Patientin verfügt heute, nachdem zwei seit ihrer Aufnahme verflossen sind, immer noch nicht über eine klare

und zusammenhängende Erinnerung an ihre gesamten vor der Zeit des Anstaltsaufenthaltes liegenden Erlebnisse. Sie kann beispielsweise Fragen nach ihrem Geburtsjahr, dem Zeitpunkt ihrer Verheiratung, nach dem Namen ihrer nächsten Angehörigen, nach ihrem Geburts- und Wohnort nicht beantworten.

Die weiter bestehende Wirksamkeit des hysterischen Zustandes offenbart sich auch sonst noch, nämlich in erhöhter Erregbarkeit der Gefühle, in Suggestibilität, im andauernden Bestehen der Hemianaesthesia und der Gesichtsfeldeinschränkung.

Da Patientin schon $1\frac{1}{2}$ Jahre dauernd klar und arbeitsfähig ist, kann ein leiser Zweifel nicht unterdrückt werden, ob sich nicht zu den sicher echten hysterischen Krankheitserscheinungen simulierte Symptome zugesellt haben, ob die Kranke nicht doch jetzt eine Kenntnis der Daten hat, die zur Feststellung ihrer Person führen könnten, und uns ihr Wissen nur verheimlicht.

Vor Abgabe eines endgültigen Urteils ist die weitere Entwicklung des Falles abzuwarten. Bisher ist es nicht gelungen, die Herkunft der Patientin zu ermitteln.

Herr Seelig: Vorstellung eines Kranken im hysterischen Dämmerzustande. (Autorreferat.)

S. stellt einen Kranken vor, der vor kurzem der Anstalt Herzberge zugeführt worden ist. Es handelt sich um einen 20jährigen jungen Mann, der erblich etwas belastet, früher keine Zeichen psychischer Störung geboten haben soll. In der letzten Zeit war er in schlechte Gesellschaft geraten und mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen; zuletzt war er wegen fortgesetzter Paletotdiebstähle in Untersuchungshaft. Während er anfangs seine Straftaten zugegeben hatte, verweigerte er bei der Hauptverhandlung jegliche Antwort und machte sich auch sonst durch sein Verhalten derart auffällig, daß eine Untersuchung seines Geisteszustandes angeordnet wurde. Diese ergab, nach einem ausführlichen Gutachten, eine zurzeit bestehende geistige Erkrankung. Was dem Gerichtsarzte bei dem Patienten aufgefallen war, trat auch während der Anstaltsbeobachtung hervor, nämlich das Symptom des Vorbeiredens. Wegen dieses und seiner diagnostischen resp. prognostischen Bedeutung stellt S. den Kranken vor.

Patient verhält sich meist in einem eigentümlich gespannten Zustande mit ängstlich-scheuem Gesichtsausdrucke. Er starrt vor sich hin und ist erst nach mehrmaligem Anrufen zum Antworten zu bewegen. Im Laufe längeren Zusammenseins läßt die Gehemmtheit nach, und Patient antwortet in der bekannten Weise. 2 Markstück = 10 Pfennige; schwarzes Farbtäfelchen = rot; ein grünes = blau; Kaiserbild = ein junger Mann usw. Zwischendurch erfolgen richtige Antworten oder vollständiges Negieren. Bemerkenswert erscheint sein Gebahren bei verschiedenen Aufforderungen. Er gebärdet sich spielerisch und läppisch, wie ein verlegenes Kind; macht ungefragt ganz fremdartige Äußerungen, und ganz besonders blickt er an den ihn zum Bezeichnen vorgehaltenen Gegenständen vorbei. Überhaupt läßt er bei vielen

ihm aufgetragenen Betätigungen ein „Vorbei-Handeln“ erkennen. Im übrigen zeigte er auf Nadelstiche gewöhnlich keine Reaktion, gelegentlich zuckte er aber bei einem unerwarteten Stich zusammen. Über Halluzinationen war nichts sicheres zu eruieren. Bei der Vorstellung selbst machte der Kranke denselben scheu-gespannten Eindruck, wie unter einem ängstlichen Affekt stehend. Er ist wenig zu sprachlichen Äußerungen zu bewegen, einzelne Antworten sind richtig; andere ausweichend oder falsch. Meist bewegt er nur die Lippen, von deren Bewegungen man die Worte ablesen kann. Wichtig erschien auch hier wieder sein Verhalten bei bestimmten Aufträgen. So blickt er bei der Frage, wie spät es sei, nicht nach der vorgehaltenen Uhr, sondern an ihr vorbei. Sein Auffassungsvermögen läßt zwischendurch richtig ausgeführte Befehle erkennen.

Ohne auf die Literatur näher eingehen zu wollen, und unter Hinweis auf seine späteren Ausführungen über die von ihm in der Anstalt Herzberge beobachteten ähnlichen Zustände bei forensischen und nichtforensischen Kranken will Vortragender nur auf die Differentialdiagnose eingehen. In letzter Zeit ist die Frage mehrfach erörtert worden, ob es sich bei derartigen Zuständen um Dementia praecox oder Hysterie handelt. Gerade bei derartigen Kranken wie dem Vorgestellten scheint sie besonders schwierig zu beantworten. Sein widerstrebendes Verhalten zeigt sich wie der Negativismus eines Katatonikers. Doch glaubt Vortragender auch hier, nach Analogie der beobachteten ähnlichen Fälle und deren Verlauf, einen eher in das Gebiet der Hysterie fallenden Zustand von Bewußtseinstörung annehmen zu müssen.

Diskussion: Herr *Moeli*: Die beiden Krankenvorstellungen, die hier zufällig zusammentrafen, berühren die Frage der diagnostischen Konkurrenz zwischen hysterischem Dämmerzustand und Negativismus katatonischen Ursprungs.

Man sieht nun viele Fälle mit dem charakteristischen Danebenantworten, namentlich aber auch mit dem eigentümlichen Verhalten gerade das Natürliche nicht zu tun, trotz richtiger Wahrnehmungen negativ oder kontrastierend zu handeln, auch ohne daß eine ängstliche Spannung sich deutlich bemerkbar machte.

Gerade in dieser Richtung stimme ich den Ausführungen des Herrn Vorredners bei.

Zum Teil stammen diese Fälle nicht aus der Haft — sind z. B. im Anschluß an Alkoholgenuß entstanden, dauern kurz, hellen sich rasch auf.

Es ist mehr als zweifelhaft, ob und bei wievielen weiterhin eine Psychose ungünstiger Art sich entwickelt. Damit soll andererseits nicht behauptet werden, daß die Bezeichnung „hyterisch“ allgemein in Zukunft sich empfehlen wird.

Im ersten Falle lag ja eine Hemianästhesie vor, bei dem letzten und bei vielen andern fehlt es an nachweisbaren derartigen Befunden.

Daraus läßt sich aber nicht entscheiden, ob es sich um einen vielleicht mit Unlustempfindungen eigentümlicher Art zusammenhängenden Zustand, oder um eine Bewußtseinsanomalie von ähnlicher Bedeutung handelt, wie sie für die Hysterie angenommen wird.

Herr *Mittenzweig*-Herzberge: Hirngewicht und Geisteskrankheit.

Der Vortragende wirft die Frage auf, ob die Gewichtshöhe des Gehirns eines Verstorbenen einen Anhalt bieten kann für die Beurteilung des geistigen Zustandes des betreffenden Individuums.

Zur Prüfung dieser Frage hat *Mittenzweig* einen Vergleich zwischen den Hirngewichten geistesgesunder und geisteskranker Individuen gezogen und für jene die Ergebnisse aus *Marchands* Arbeit: „Über das Hirngewicht des Menschen“ als Norm aufgestellt, für diese die Ergebnisse seiner eigenen Zusammenstellung von Hirngewichten, die an der Anstalt Herzberge von 1893 bis 1901 für die Gehirne verstorbener geisteskranker Personen gefunden worden sind, benutzt.

Die Zahl derselben betrug nach Ausscheidung aller ungeeigneten und zweifelhaften Fälle noch 1132, also eine immerhin erhebliche Zahl.

Mittenzweig stellte die einzelnen Wägungen nach Krankheitsformen zusammen und unterschied hierbei vier Kategorien, die der *Dementia paralytica*, anderer „organischer Psychosen“ und die funktionellen Geisteskrankheiten.

Er berücksichtigt ferner das Geschlecht und das Lebensalter, dieses insofern, als er Altersstufen von 10—10 Jahren bildete.

Für jede dieser Altersstufen bestimmte er das höchste und das niedrigste Hirngewicht und berechnete die durchschnittliche Hirngewichtshöhe.

Zur deutlichen Übersicht legte er für diese Werte Kurven an und gewann so eine Kurve der Maximal-, Mittel- und Minimalgewichte.

Aus dem Vergleich dieser Kurven für Geistesgesunde einerseits und für Geisteskranke andererseits fand er, daß bei allen vier genannten Krankheitsformen ebenso hohe Maxima erreicht werden wie bei den Geistesgesunden, mitunter sogar noch höhere.

Dagegen lag die durchschnittliche Hirngewichtshöhe bei der *Dementia paralytica* und bei der *Dementia senilis* erheblich tiefer als die entsprechende Norm, beim weiblichen Geschlecht sogar auf der Tiefe der normalen Minima.

Bei den „organischen“ und „funktionellen“ Psychosen zeigte sich im Mittelgewicht kein bemerkenswerter Unterschied.

Betreffs der Minima erwies sich, daß bei der *Dementia paralytica* und bei der *Dementia senilis* bei beiden Geschlechtern eine große Zahl Gehirne weit leichter sind als die niedrigsten normalen Gehirne, bei den beiden anderen Krankheitsformen war das Vorkommen solcher Gehirne äußerst selten.

Als überhaupt niedrigste normale Gewichtsgrenze gibt *Marchand* 1000 g beim männlichen und 950 g beim weiblichen Geschlecht an.

M. nennt Gehirne von Geisteskranken unter dieser Grenze „absolut niedrig“ und nimmt bei einem solchen Gehirne eine geistige Erkrankung als sehr wahrscheinlich an.

Er bestimmt nach dem Vorschlage *Ziehens* die Anzahl der Gehirne von Geisteskranken und Geistesgesunden in gleichen Gewichtshöhen nach Prozentsätzen und nennt diesen Prozentsatz nach *Ziehen* „Dichtigkeit der Fälle“.

Er vergleicht dann die Dichtigkeit der Fälle bei Geisteskranken und Geistesgesunden. Er findet, daß von bestimmten Gewichtshöhen ab die der Geisteskranken dauernd und erheblich der von den Gesunden überlegen ist.

Auf diesem Wege glaubt er auch in zweifelhaften Fällen, also bei einer Gewichtshöhe, in der Gehirne beider Arten liegen, bei einem „relativ niedrigem Hirngewicht“, eine Entscheidung erleichtern zu können.

Betreffs der genaueren Ergebnisse, sowie der Zahlen und Tabellen sei auf die demnächst erscheinende Arbeit hingewiesen. Eigener Bericht.

Diskussion: Herr *Falkenberg* erinnert an die Angaben *Bischofs*, der unter 341 süddeutschen Frauen 8mal ein Hirngewicht unter 1000 g fand, von denen nur ein einziges von einem geisteskranken Individuum stammte. Er weist ferner auf die Untersuchungen von *Bischof*, *Ranke* u. a. an Verbrechergehirnen hin, bei denen mittlere Hirngewichte in geringeren prozentischen Verhältnissen gefunden wurden, als unter der übrigen Bevölkerung, während hohe und niedrige Gewichtszahlen prozentual häufiger vertreten waren. Mit Rücksicht auf die vielfachen Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Kriminalität richtet er an den Vortragenden die Frage, ob sich bei seinen Zahlen vielleicht ähnliche Gruppierungen ergeben hätten.

Herr *Moeli*. Es erscheint nach den Kurven, daß die absolut pathologischen Fälle niedern Gewichts bei den Frauen sowohl bei Paralyse als bei seniler Demenz verhältnismäßig zahlreicher auftreten, als bei den Männern.

Die Normalkurve der Männer (nach *Marchand*) steigt in der Mindestlinie im hohen Alter an, in der Frauenlinie nicht.

Bei den „organischen Psychosen“ der Männer folgt die Mindestlinie dieser Bewegung, verhält sich also anders als bei Paralyse und senilen Erkrankungen.

Herr *Mittenzweig*. Gegenüber den Ausführungen des Herrn *Falkenberg* betont Vortragender, daß die gefundenen Resultate sich vorläufig nur auf einen Vergleich mit den Ergebnissen *Marchands* begründen.

Bischofs Resultate beruhen auf einem Material aus der bayrischen Bevölkerung, *Marchands* auf einem von Hessen.

Die große Differenz in den Hirngewichtshöhen selbst bei Geistesgesunden geht aus einer Zusammenstellung in *Vierordts* „Daten und Tabellen“ hervor.

Wegen dieser Verschiedenheiten könne nach *Tigges* auch nur innerhalb derselben Bevölkerung ein einwandfreier Vergleich zwischen den Hirngewichten Geistesgesunder und Geisteskranker gemacht werden.

Betreffs des zweiten Punktes entgegnet Vortragender, daß er bei dem Vergleich nur das eingangs erwähnte Ziel verfolgt habe.

Herr *Sklarek* und Herr *van Vleuten-Dalldorf*: Gleichzeitig bei drei Geschwistern aufgetretene geistige Erkrankung.

Vortragende berichten über einen Fall von Folie imposée bei drei Geschwistern, die alle in der städtischen Irrenanstalt Dalldorf beobachtet werden konnten. Bei dem Herde der Erkrankung, dem ältesten Bruder, ließ sich mit Sicherheit nachweisen, daß eine *paranoia chronica hallucinatoria* schon im Herbst vorigen Jahres bestand. Aus einigen anamnestischen Angaben konnte sogar geschlossen werden, daß er schon geraume Zeit vorher erkrankt war. Bei einer gerichtlichen Verhandlung im Oktober 1903 hörte er Stimmen, die er auf eine bestimmte Person zurückführte. Da diese Stimmen ihm Einzelheiten seines Lebens vorwarfen, die nur aus einer genauen Kenntnis seiner geheimen Papiere und des häuslichen Lebens gewonnen werden konnten, so glaubte er, daß fast jede Nacht in seine Wohnung eingebrochen werde, um seine Geheimnisse zu erforschen. Die beiden Geschwister, eine Schwester und ein Bruder, erfuhren nun von ihm zwar nicht sein ganzes Wahnsystem, wohl aber teilte er ihnen täglich mit, daß er Beobachtungen über nächtliche Einbrüche gemacht habe. Die Geschwister gerieten dadurch allmählich in eine allgemeine Furcht vor Dieben; sie wurden äußerst mißtrauisch und zuletzt traten vereinzelt Trugwahrnehmungen bei ihnen auf, welche ihren wahnhaften Befürchtungen neue Nahrung gaben. Schließlich wurden die Brüder höchst gemeingefährlich, indem sie einen harmlosen Hausbewohner mit einem Kavalleriesäbel und einem Gummischlauch auf der Treppe angriffen, da sie ihn für einen Einbrecher hielten.

Nach ihrer Aufnahme in die Anstalt blieb die Geistesstörung des ältesten Bruders unverändert bestehen, während die der jüngeren Geschwister sehr bald abblaßte, so daß sie innerhalb von zwei bis drei Wochen aus der Anstalt entlassen werden und in ihren früheren Wirkungskreis wieder eintreten konnten. Bei beiden war es nicht schwer, als Ursache der leichten Infizierbarkeit einen gewissen Grad von Schwachsinn nachzuweisen.

Eine eingehendere Veröffentlichung wird noch erfolgen.

(Eigener Bericht.)

Herr *Abraham* und Herr *Ziegenhagen-Dalldorf*: Über cytodagnostische Untersuchungen bei *Dementia paralytica*. (Eigener Bericht.)

Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis auf zellige Elemente, speziell die verschiedenen Arten von Leukocyten, hat in letzter Zeit ein vermehrtes Interesse auf sich gezogen. Die Vortragenden haben die Cerebrospinalflüssigkeit von 25 paralytischen Männern und Frauen auf ihren Gehalt an Leukocyten untersucht und in 24 Fällen eine zweifellose Hyperleukocytose festgestellt. Sie halten mit *Krönig* das Vorkommen ganz einzelner Zellen in der Punktionsflüssigkeit für den normalen Befund. Zwei Kubikzentimeter

wurden zentrifugiert und eine bestimmte Menge des Sediments mikroskopisch untersucht. Bei 400facher Vergrößerung wurden dann die Zellen gezählt. Es wurden jeweils 20 aneinanderstoßende Gesichtsfelder durchmustert, um festzustellen, ob die Zellen sich nicht zufällig in einem einzelnen Gesichtsfeld angehäuft hatten. Es wurden bis zu 40 Lymphocyten und andere Formen von Leukocyten im Gesichtsfeld gezählt. Neben den Leukocyten fanden sich noch Endothelzellen, Fettkörnchenzellen und freie Fettkörner vor, sowie verschiedene Arten von Kristallen (u. a. Haematoidin und Haemosiderin).

Durch diese Untersuchungen erscheint der Nachweis erbracht, daß die Hyperleukocytose der Cerebrospinalflüssigkeit eine fast konstante Begleiterscheinung der progressiven Paralyse ist. Sie weist auf eine meningeale Reizung hin, welche wohl sicher mit vorausgegangener Syphilis im Zusammenhang steht.

Die mikroskopische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis verspricht daher in Zukunft ein wichtiges Hilfsmittel in diagnostisch unsicheren Fällen zu werden.

Diskussion: Herr Mamlock. Auf der I. medizinischen Klinik sind Herr Stabsarzt Niedner und ich beschäftigt, bei verschiedenen Affektionen cytodagnostische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis anzustellen. Ein abschließendes Urteil über unsere Untersuchungen zu geben sind wir zur Zeit noch nicht in der Lage und zwar im wesentlichen aus dem Grunde, weil die bisherige Methode der Lymphocytenzählung uns nicht absolut einwandfrei zu sein scheint. Im Anschluß an die interessanten Ausführungen des Vorredners möchte ich mir nun die Frage gestatten, welche Norm er der Zählung zugrunde legt. Denn je nach längerem oder kürzerem Zentrifugieren, je nachdem man bei der Entnahme des Sediments mittelst Kapillarröhre eine größere oder geringere Anzahl von Formelementen faßt, ändert sich das Präparat und man findet Anhäufungen von Lymphocyten, die nur durch die genannten äußerlichen Momente bedingt sind. Auch ist die Menge der zentrifugierten Flüssigkeit zu berücksichtigen. Namentlich sind daher negative Resultate gewöhnlich nur mit großer Vorsicht zu verwerten, so lange nicht die recht erheblichen Fehlerquellen durch eine zuverlässigere Methode beseitigt oder mindestens reduziert sind. Gock.

Literatur.

Robert Sommer, Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage. Mit 18 Abbildungen. Leipzig. Verlag von Joh. Ambros. Barth. 1904. 388 S. geb. M. 11,50.

Ein kurzer Blick auf das Inhaltsverzeichnis des Buches wird zur Überzeugung genügen, daß es nicht in der Absicht des Verfassers lag, ein systematisches Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie zu schreiben. Vielmehr hat er in dem vorliegenden Buche eine Reihe von Studien und Arbeiten zusammengefügt, die er über den Stand der Kriminalpsychologie und in der Absicht entworfen hatte, eine kriminalpsychologische Klinik zu schaffen. Es ist nicht ohne Interesse, den Entwicklungsgang des Verfassers zu verfolgen und ihn auf seinem Studienwege zu begleiten. Er war in der Beschäftigung mit der Ideengeschichte der Psychologie zu dem überraschenden Ergebnisse gekommen, daß sich in einem Gebiete, das bis dahin der persönlichen Freiheit vorbehalten schien, eine Reihe von Gesetzwidrigkeiten herausbildeten, die auf ihn einen entscheidenden Eindruck machten und ihn zu einem weiteren Eindringen in das Gebiet der Naturwissenschaften führten. In jahrelanger, unermüdlicher Arbeit hat er dann die Frage des Kausalzusammenhanges von psychischen Vorgängen und Handlungen mit Hilfe analytischer Methoden geprüft, um als Frucht seiner Bemühungen zu der Lehre von einem gesetzmäßigen Zusammenhange von Charakter, äußeren Einflüssen und Handlung vorzudringen. Wenn *Sommer* hiermit naturwissenschaftlich weit über *Lombroso* und seinen delinquente nato hinausgeht, so hat er sich andererseits im wesentlichen auf diagnostische Zwecke und darauf beschränkt, einen Beitrag zur Erkenntnis der psychischen Zustände rechtbrechender Menschen zu liefern, den Leser in das Gebiet der strafrechtlichen Psychologie einzuführen und ihm den Weg zu weiterem Studium zu weisen.

Dieses aber hat er in einer ganz vortrefflichen Weise getan, und ich habe lange nichts gelesen, was mich in gleichem Maße angeregt und mit nachhaltigem Interesse erfüllt hätte.

Wenn dies mehr oder weniger von allen Kapiteln gilt, so möchte ich doch den mehr allgemeinen Ausführungen zum Schlusse des Buches den

Vorzug geben. Was *Sommer* über kriminelle Anlagen und den geborenen Verbrecher, was er über Determinismus und Strafe sagt, ist ganz gewiß dazu angetan, uns auf dem richtigen Wege eine ganze Strecke voranzubringen. Ohne die Annahme des Determiniertseins der verbrecherischen Handlungen geht es nun einmal nicht, und gerade unsere Aufgabe ist es, die zurzeit noch widerstrebenden Elemente dieser Theorie zuzuführen.

Für uns ist es ja am Ende selbstverständlich, daß Naturvorgänge, also auch alle menschlichen Handlungen durch innere Bedingungen und äußere Verhältnisse notwendig bedingt sind, im speziellen, daß die verbrecherischen Handlungen als Resultat aus der angeborenen Anlage des Menschen und den exogenen, d. h. von außen wirkenden Momenten zu erklären sind. Aber damit ist es nicht genug. Der naturwissenschaftliche Gedanke der kausalen Bedingtheit alles Geschehenden muß auch zum geistigen Nationaleigentum aller werden, die sich mit der Strafrechtspflege befassen, und dazu sollen Bücher wie das vorliegende die Wege bahnen.

Voraussichtlich wird der eine oder der andere dies oder jenes an dem Buche aussetzen und zu bemängeln haben. Bei der Eigenart *Sommers* ist das nicht anders zu erwarten. Auf die mitgeteilten Beispiele werden sich solche Einschränkungen kaum erstrecken, da sie in der Tat mit großem Geschick ausgewählt sind.

Und so erübrigt zum Schlusse nur nochmals das günstige Urteil zu wiederholen und den Wunsch hinzuzufügen, daß das Buch *Sommers* nicht nur von den Medizinern, sondern mehr noch von den Juristen gelesen und womöglich beachtet werde.

Pelman.

Kleinere Mitteilungen.

Bemerkungen ex re der Kritik meiner Arbeit „Zur psychiatrischen Therapie“. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60, 1903.) — Die seit Jahrhunderten dem Volke bekannte, durch die Physiologie wissenschaftlich nachgewiesene, in den pharmakologischen Untersuchungen sowie in den therapeutischen Beobachtungen alltäglich bestätigte Tatsache, daß die Haut außer ihren anderen Funktionen auch eine den Nieren ähnliche Ausscheidungsfunktion besitzt, wobei der Zustand der Hautgefäße eine Hauptrolle spielt, — wird leider bis jetzt nicht genug von den Klinikern berücksichtigt. — Auf alle klinische Konsequenzen dieser Tatsache will ich hier nicht eingehen, — ich werde hoffentlich noch Gelegenheit finden, um das an einer viel mehr dazu passenden Stelle zu tun. — Ich möchte hier nur vor allem darauf hinweisen, daß die erwähnte Tatsache eine bedeutende Rolle auch auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten spielt. — Es findet nämlich in der Krankheit, die von mir beschrieben wurde,¹⁾ und deren Beschreibung in aller kürzester Form in Bd. 60, 1903 dieser Zeitschrift wiedergegeben wurde, — eine abnorme und zwar eine abnorm verminderte Ausscheidungsfunktion der Haut, infolge des auftretenden Spasmus der Hautgefäße, — statt. In meiner Arbeit spreche ich auch die Vermutung aus, daß die betreffende Neurose in die *Kraepelinsche Dementia praecox* übergeht und daß die letztere ein Produkt der Autointoxikation infolge der herabgesetzten Hautausscheidung ist.

Da die normale ausscheidende Funktion der Haut in ihrer ganzen Bedeutung nicht genug bekannt ist, so erscheint es begreiflich, daß die erwähnte Arbeit nicht sofort eine gute allgemeine Aufnahme finden konnte. Dadurch erkläre ich mir auch teilweise die kritischen Berichte, die in Münchn. medic. Wochenschr. 24. J. 1903 sowie in Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 1903, S. 541, 542, über meinen in Allg. Zeitschr. f. Psych. erschienenen Aufsatz, erschienen, — insofern es sich selbstverständlich nicht um die Form handelt,

¹⁾ Przegląd lekarski 1903, 12—17. Auch Berichte der neurol.-psychiatr. Sektion des Madrider Kongresses. „Über die als periodische Neurasthenie, zirkuläres Irresein leichteren Grades etc. aufgefaßte Krankheit.“

in welcher diese Berichte redigiert wurden. Die Erklärung der letzteren würde schon mehr ins Gebiet der individuell-psychologischen Erwägungen gehören, und ihrem Inhalte nach nicht allzu interessant sein.

Wenn man es vollkommen verstehen kann, daß ein Psychiater nicht leicht darauf eingeht, daß es eine abnorme Ausscheidungsfunktion der Haut gibt, — da man ihrer normalen Ausscheidung überall nicht ganz bewußt ist, — so wird es viel weniger begreiflich sein, daß für irgend wen, der sich mit den Krankheiten des nervösen Organes offenbar auch wissenschaftlich befaßt, noch jetzt, nach einer so zahlreichen Literatur über die vasomotorischen Neurosen und vor allem nach der ausführlichen Arbeit von *Hans Herz*¹⁾, die Behauptung von dem Auftreten der Spasmen in den Gefäßen der Haut als fast kuriös klingt, wie das in den angegebenen zwei Referaten zu sehen ist.

Angesichts der großen Bedeutung der hier in Rede stehenden Fragen, sowie andererseits angesichts eines in den Kreisen der Psychiater zu konstatierenden Mangels an Kenntnissen vieler hierauf sich beziehenden Tatsachen, wird es, wie ich glaube, zweckmäßig sein, wenn ich auf das *Herzsche* Buch aufmerksam mache und auf diese Arbeit, welche ein sehr umfangreiches Material darbietet, näher eingehe, wobei ich viele seiner Behauptungen möglichst wörtlich übergebe. „Während in den Monographien“ — schreibt *Herz* in der Einleitung seiner Arbeit — „über Erkrankungen der inneren Organe, z. B. des Magendarmtractus, des Urogenitalapparates, besonders auch des Herzens, die nervösen Störungen, welche an denselben zur Beobachtung gelangen, einen recht breiten und immer wachsenden Raum einnehmen, werden die auf nervöser Basis zustande kommenden Funktionsanomalien an den peripheren Kreislaufsapparaten meist sehr stiefmütterlich oder gar nicht behandelt. Das meiste darüber findet sich in der neurologischen Literatur, in Arbeiten über Neurasthenie, Hysterie usw. zerstreut, oder in den unklaren Begriff der „vasomotorisch-trophischen Neurosen“ hineingepreßt, der aber auch meist nur die schweren Endausgänge hierher gehöriger Prozesse neben vielem anderen umfaßt. Und doch sind die im folgenden geschilderten Zustände durchaus nicht selten und besitzen gerade so viel oder so wenig klinische Dignität, wie die Neurosen der oben erwähnten Organe. Ja, ich möchte behaupten, daß gerade diejenigen Nervösen, deren Gefäße eine besondere Erregbarkeit besitzen, eine Gruppe darstellen, die wegen ihrer Eigenart ganz besonders sorgfältig analysiert werden muß.“ „Die Gefäßneurosen“, schreibt der Verf. an einer anderen Stelle (S. 2, 3), „gehören, soweit bekannt, aus naheliegenden Gründen zum ungeheuer größten Teile zu den motorischen. Die sensiblen Gefäßneurosen (Neuralgien, Parästhesien etc. der Gefäßwand) sind völlig hypothetisch. Ins Gebiet der sekretorisch-trophischen Neurosen fallen vielleicht gewisse Störungen der Lymphbewegung (Urticariabildungen,

¹⁾ „Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Über vasomotorische Ataxie.)“ Berlin-Wien 1902. Urban und Schwarzenberg.

angioneurotisches Ödem), vielleicht jene vermehrte Durchlässigkeit der Gefäßwand auf nervöser Basis, welche zu allerlei (meist fälschlich hysterisch genannten) Blutungen führen kann. Unter den motorischen Gefäßneurosen geht ein kleiner Teil nur mit Gefäßverengung oder nur mit Gefäßweiterung einher. Für die meisten Fälle ist gerade das Schwanken des Gefäßkalibers an demselben sowohl wie an verschiedenen Körperteilen charakteristisch.“

Über das Wesen sowie Häufigkeit der Erkrankung spricht sich Verf. folgendermaßen aus: „Es gibt (S. 9) nun eine Anzahl von Personen, bei welchen wir (meist vorübergehende) Zirkulationsstörungen in einzelnen Körperteilen auftreten sehen, welche entweder eine durch Intensität resp. Dauer übertriebene oder seltener auch eine geringere Reaktion auf allerlei Reize darstellen; zuweilen wird diese Reaktion durch minimale, sonst nicht mehr nachweisbare Reize bewirkt. Und zwar handelt es sich um Fälle, wo wir aus mannigfachen Ursachen Grund haben, eine funktionell-nervöse Störung anzunehmen. . . . Die Zahl der Kranken, bei welchen diese Labilität des peripheren Kreislaufsapparates sich findet, ist eine recht beträchtliche, man muß sich nur gewöhnen, auf dieselbe zu achten. In einem großen Teil der Fälle lassen sich die oft recht erheblichen Beschwerden geradezu allein auf diese Schwankungen zurückführen; in anderen stellt unsere Symptomenreihe nur einen, und oft nicht einmal einen sehr wichtigen Bestandteil des Krankheitsbildes dar.“ „Das Wesen der Erkrankung (S. 21) haben wir in einer übergroßen Labilität der Regulationsapparate des peripheren Kreislaufsapparates gesehen. Die Reaktion tritt leichter ein und hält meist länger an als normal; die reizbare Schwäche, das schnelle Erlahmen nach heftiger Aktion, ist seltener ausgeprägt.“ — Der Verf. unterscheidet mehrere Formen der vasomotorischen Ataxie, von denen sich die typischste Form durch das paroxysmale Auftreten bald vasokonstriktorischer bald vasodilatatorischer Symptomen in verschiedenen Teilen des Gefäßapparates und zu verschiedenen Zeiten bei einem und demselben Individuum kennzeichnet. Ein Beispiel möge das anschaulicher machen. Ein Patient litt an Schüttelfrostanfällen, die besonders nach Kältereizen wiederkehrten und mit leichten Angstgefühlen verbunden waren. Die Haut in einigen solchen Anfällen fühlte sich eiskalt an, Temperatur in der Achselar. 35,8°, im Rectum 37,8°, Malaria ausgeschlossen. Verf. diagnostizierte nervöse Krämpfe der Hautgefäße. Zwei Jahre später konsultierte ihn der Patient mit Kopfkongestionen, einige Zeit darauf traten Symptome der Unterleibsplethora auf. „Das paroxysmale Auftreten (S. 22) der Symptome ist der Grund, warum das Wesen so vieler Beschwerden dem Arzte oft entgeht. . . . Der Arzt muß dann suchen, entweder die Anfälle zu provozieren oder eine wiederholte Beobachtung verlangen, um die Diagnose zu sichern.“ „Es können (S. 23) in derselben Epoche Anfälle von Kongestion und Synkope bald an diesem, bald an jenem Körperteil auftreten; ein andermal ist jahrelang nur dieser eine, dann wieder längere Zeit nur ein anderer erkrankt, so daß die Patienten ihr augenblickliches Leiden gar nicht mit dem früheren in Verbindung bringen.“ In letzterer Beziehung muß man nicht

nur das zufällige solche Zusammentreffen der Erscheinungen berücksichtigen, sondern auch einerseits das sympathische (d. h. entweder in symmetrischen Körperteilen oder in funktionell zusammengehörenden Organen), andererseits das antagonistische Auftreten, welches vor allem zwischen Hautgefäßen und den tieferen Gefäßen (inkl. Gehirngefäßen) sowie zwischen Gehirn und inneren Organen stattfindet. Was die einzelnen Symptome, welche Verf. ausführlich beschreibt, betrifft, so sind dieselben verschieden, davon abhängig, welcher Körperteil durch die Störung betroffen ist, und ob es Kongestion oder Synkope der Gefäße ist. Bei Hyperaemien am Kopfe, die recht häufig sind, muß man im Auge halten, daß „in manchen Fällen (S. 43) der ganze Kopf in toto beteiligt ist, öfter noch nur seine äußeren Partien; gelegentlich ist nur das Schädellinnere oder sind nur umschriebene Partien Sitz vermehrter Blutdurchströmung.“ Den Gefäß-Kaliberschwankungen in dem Muskelapparate schreibt der Verf. einige funktionelle Störungen in diesem Apparate zu. „Gewisse (S. 42) funktionelle Muskelerkrankungen mögen hierher gehören; die Paramyotonia z. B. beruht vielleicht auf einer abnormen Erregbarkeit der Muskelgefäße gegen Kältereize, wie dies v. Sölder bereits angedeutet hat. Welche muskulären Störungen sonst noch durch Kaliberschwankungen der Muskelgefäße zustande kommen, ist nicht sicher zu sagen. Es sei nur an die eigentümlichen und sehr wechselnden Sensationen in den Muskeln, an die Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit, an verschiedene Arten des Zitterns erinnert, die wir bei vasomotorischer Ataxie kennen lernen.“ — „Die Labilität des Hautgefäßsystems (S. 40) hat eine gewisse Selbständigkeit der allgemeinen Labilität des Gefäßsystems gegenüber.“ Der Dermographie legt Verf. nicht solchen diagnostischen Wert bei, wie man es gewöhnlich zu tun pflegt, denn „zahlreiche Personen mit Dermographie, die Verf. gesehen hat, waren von sonstigen Gefäßsymptomen ganz frei, wenn Verf. auch gern zugibt, daß dieselbe bei vasomotorischer Ataxie recht häufig ist.“ Verf. hebt vor allem die Häufigkeit hervor, mit der die vasomotorischen Erscheinungen an der Haut gegenüber allen anderen zur Beobachtung gelangen. Das Gefäßsystem des Hautorgans dürfte an sich eine große Empfindlichkeit besitzen.“

An den Extremitäten finden gewöhnlich anämische Zustände statt mit den bekannten Symptomen — Kälte- und Absterbengefühle der Extremitäten. „Bezüglich dieser Anfälle (S. 69) ist zu bemerken, daß sie entschieden öfter in der Kälte als in der Wärme auftreten, wie Nothnagel dies in seinen Fällen ganz eklatant sah. Aber es gibt auch andere auslösende Momente: das Emporhalten der Arme über den Kopf (z. B. nachts), seelische Erregungen usw.“

Die vasomotorischen Symptome können sich mit verschiedenen anderen Störungen kombinieren. Dieses Zusammenauftreten kann entweder rein zufällig sein, oder können die vasomotorischen Störungen entweder Folge oder Ursache der letzteren sein. In letzterer Hinsicht verdient eine besondere Beachtung, was der Verf. von der Beziehung der vasomotorischen Erscheinungen zu der Herzfunktion sowie zu den sogenannten nervösen Erscheinungen spricht. „Hierher gehören (S. 87) vielleicht die Fälle, die Noth-

nagel unter der Rubrik: Angina pectoris vasomotoria beschrieben hat, Fälle, wo eine energische, anfallsweise auftretende Kontraktion der Arterien der Extremitäten, der ganzen Haut und auch wohl innerer Organe (Gehirn) zu einer Veränderung der Herzarbeit führte, die sich subjektiv als Angina pectoris äußerte.“ Über die Beziehung der vasomotorischen Störungen zu dem Verhalten des Nervensystems spricht sich Verf. folgendermaßen aus. „Die Kranken (S. 88) sind zum allergrößten Teile sehr deprimierter Stimmung. Manchmal handelt es sich ja um durchaus nervöse Individuen, hysterische und neurasthenische Subjekte.“

Und auch wo, wie nicht selten, andere nervöse Symptome fehlen oder nur angedeutet sind, ist oft, wie im ätiologischen Teile erörtert, ein sehr tiefes Gemütsleben, sind schwere Affekte die veranlassenden Ursachen des Leidens. Aber auch abgesehen davon bietet dasselbe Veranlassung zur Verstimmung zur Genüge. Das Wirken der vasomotorischen Störungen auf das psychische Verhalten stellt sich Verf. folgenderweise vor. „Das seelische Gleichgewicht hängt sicher in recht beträchtlichem Grade davon ab, daß der Organismus aus allen seinen Teilen normale, dem jeweiligen Tätigkeitszustande entsprechende Signale zu dem Sitz des psychischen Betriebes sendet. Und nun denke man sich, wie im Körper dieser Unglücklichen ungemein häufig — denn kleine Schwankungen sind jedenfalls unendlich zahlreicher, als die großen, direkt wahrnehmbaren — abnorme Nachrichten zentralwärts gesandt werden, man denke sich die perzipierenden Organe selbst nicht genügend motivierten Kreislaufsschwankungen ausgesetzt: so wird man begreifen, daß Unlustgefühle nicht definierbarer Art, eine innere Unruhe, die Kranken beherrschen. Dazu kommen Angstzustände: nicht nur die Angst vor sich entwickelnden lebensgefährlichen Erkrankungen, denen die Symptome ähneln, sondern auch die rein körperlichen Angstzustände, welche Kreislaufsstörungen in cerebro und am Herzen begleiten: Kopf- und Herzangst. Auch die Schlaflosigkeit, die teils durch allerlei abnorme Sensationen, teils schon durch geringe hyperämische Zustände im Gebiete der Kopfgefäße unterhalten wird, trägt das ihre zu der deprimierten Stimmung der Kranken bei. Endlich ist bei vielen derselben auch der Kampf gegen das Leiden, der Versuch, die Anfälle nicht sowohl zu unterdrücken, aber zu verbergen und das gewöhnliche Unterliegen dabei eine schwere Schädigung des Gemütslebens. So erklärt sich das psychische Verhalten vieler dieser Kranken. Ein Teil ist mürrisch und launenhaft, von geringer Entschlußfähigkeit; aber auch, wo das Verhalten der Außenwelt gegenüber intakt bleibt, geben sich die Kranken in ihrem Innern den traurigsten Gefühlen hin, ja verzweifeln an ihrer Zukunft.“

Hinsichtlich der Beziehung zwischen den vasomotorischen Störungen und dem Verhalten des Nervensystems ist es noch interessant, was der Verf. über die Ätiologie sowie den Endausgang dieser Erkrankung spricht. Der Verf. legt nämlich in der Ätiologie dieser Krankheit einen großen Wert auf die geistige Überanstrengung sowie die Affekte. „Hierher gehören (S. 13) in

erster Reihe Leute, welche sehr intensiv und anhaltend geistig arbeiten: ich habe Gelegenheit gehabt, bei hervorragenden Gelehrten derartige Zustände zu beobachten, bei welchen die Kopfgefäße zuerst und am stärksten ergriffen waren. . . . Ein zweites Moment, welches schon normalerweise auf den Gefäßapparat sehr wirkt, stellen die Affekte dar. In der größten Zahl meiner Fälle und besonders auch der hartnäckigsten unter ihnen ließ sich bei genauer psychischer Analyse zeigen, daß gerade ein sehr tiefes Gemütsleben, ein sehr intensives innerliches Verarbeiten monate- oder jahrelang depressiv wirkender äußerer Einflüsse, deren Bedeutung ja objektiv sehr verschieden bewertet werden konnte, das eigentliche veranlassende Moment oft sehr auffälliger Störungen in der Blutbewegung darstellte. Auch ein einmaliger psychischer Shok schien manchmal ausschlaggebend; doch glaube ich, daß die nachträgliche Beschäftigung mit demselben meist die Hauptschuld trug.“ Über den Ausgang der Krankheit schreibt Verf.: „Es gibt (S. 103) **akute** resp. **subakute** Fälle von vasomotorischer Ataxie, die zur völligen Ausheilung gelangen, z. B. in der Pubertät, im Klimakterium, nach einmaligen seelischen Erschütterungen. Daß auch Fälle, die jahrelang bestanden haben, schließlich wieder völlig normales Verhalten zeigen, ist zum mindesten sehr selten. Im allgemeinen bleibt die Labilität des Gefäßsystems, einmal entwickelt, als dauernder, gewissermaßen konstitutionell gewordener Zustand bestehen. . . . Manche dieser Unglücklichen lassen dann in einer Art Apathie, in völliger Hoffnungslosigkeit alles über sich ergehen; die meisten aber verfallen der schwersten Neurasthenie. Wenn man die oft sehr lange Geschichte vieler dieser Kranken genau verfolgt, so ergibt sich mit Sicherheit, daß bei ihnen die vorhandenen nervösen Begleiterscheinungen besonders auch auf psychischem Gebiete nicht den Boden darstellen, auf welchem die vasomotorische Ataxie erwachsen ist, sondern eine Folge sind der mannigfachen Leiden der Kranken, des jahrelangen vergeblichen Kampfes gegen dieselben, der verzweifelten Stimmung, der fortwährenden Unruhe des Organismus. Diese Neurasthenie ist keiner Besserung fähig, wenn es nicht schließlich noch gelingt, der vasomotorischen Störungen einigermaßen Herr zu werden.“

Aus obigem wird man, wie ich hoffe, ersehen, wie zahlreiche Beobachtungen das Buch von Herz enthält. Ich habe es etwas ausführlicher referiert, einerseits um, wie es schon angedeutet wurde, zu zeigen, daß die vasomotorischen Erkrankungen mehr Beachtung der Neurologen und Psychiater verdienen, als dies bisher geschah, andererseits um hervorzuheben, daß Verf. die Tatsache nicht übersieht und sie feststellt, daß nicht nur die Patienten mit vasomotorischen Störungen nervöse Menschen sind, sondern auch daß die vasomotorischen Störungen oft auch zu den psychischen Störungen führen, die Ursache der letzteren sind. Diese Tatsache sucht der Verf., wie wir es sahen, auf seine Weise zu erklären, worauf ich hier nicht eingehen möchte, sowie hier nicht meine Absicht ist, einzelne Behauptungen von Verf. näher zu erörtern. Ich begnüge mich nur mit einigen allgemeinen Bemerkungen. Die verschiedenen Formen der vasomotorischen Neurosen sind vom Verf.

nicht streng genug präzisiert und voneinander unterschieden, und vor allem bespricht Verf. fast gar nicht jene typische, ganz abgegrenzte und selbständige Form, die ich als spastische vasomotorische (s. Sympathikus) Neurose bezeichnen möchte,¹⁾ und die auf der Neigung der Hautgefäße zum Spasmus beruht. — Diese Neurose bildet, nach meinen Untersuchungen, das eigentliche Wesen der Krankheit, welche von Neurologen als periodische Neurasthenie, von *Lange* als periodische Depressionszustände, von den meisten Psychiatern als leichtere Form des zirkulären Irresein bezeichnet wird. Diese Krankheit verdient besonders seitens der Psychiater eine große Beachtung, weil ihre Kenntnis, meiner Überzeugung nach, uns die Möglichkeit geben kann, das geheimnisvolle Rätsel über die Pathogenese einerseits der einfachen Neurasthenie, andererseits der *Kraepelinschen Dementia praecox* zu lösen. — Der Verf. bemüht sich zu wenig, das psychische Verhalten der Kranken, bei denen er die vasomotorischen Störungen besonders in ihren Ausgangsformen feststellt, psychiatrisch klinisch zu diagnostizieren und zu identifizieren. Er beachtet auch zu wenig die Beziehung zwischen den vasomotorischen und den sogenannten nervösen Störungen. Endlich da der Verf., wie begreiflich, auch der großen Bedeutung der ausscheidenden Funktion der Haut nicht bewußt ist, so ist es nicht zu staunen, daß der Verf., der ein so tüchtiger Beobachter ist, nicht zu dem vollen Verständnis vieler von ihm untersuchten Fälle gelangt ist.

Meine Behauptung, daß in der oben erwähnten als periodische Neurasthenie bezeichneten Krankheitsform die vasomotorischen Störungen das eigentliche Wesen der Krankheit sind, sowie daß die einfache Neurasthenie auch auf der Störung des Hautgefäßapparates beruht, hat die volle und klare Bestätigung in einer anderen Arbeit gefunden, nämlich in dem *Höftmayerschen* Aufsatz „Zur Ätiologie und Behandlung der Neurasthenie“ (Wiener klin. Rundschau 1904, 14), den ich kürzlich wiedergebe. — Nach dem Ausscheiden alles dessen, was keine Neurasthenie ist, lassen sich, nach *Höftmayer*, zwei Hauptgruppen von neurasthenischen Kranken unterscheiden: solche, bei denen Störungen im Gebiete des Sympathikus, und solche, bei denen Störungen im Gebiete des Vagus im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. „Zu der ersten Gruppe,“ schreibt Verf. (S. 110), „gehören die, welche klagen über: Kongestionen zum Kopf, Ohrensausen, Kopfdruck, Kopfschmerz, Schwindel oder anämische Zustände des Gehirns, die sich ebenfalls durch solche Beschwerden und durch Sehschwäche, Ohnmachtsgefühl, Gedächtnis- und Denkschwäche, „Leere im Kopf“ usw. unangenehm bemerkbar machen, ferner wechselnde Farbe, Kälte- und Hitzegefühl, Pulsationsgefühl, Störungen in der Herztätigkeit, wenigstens ein Teil davon, die nervöse Tachykardie und Arythmie. Des weiteren aber auch Beschwerden, die auf Schwankungen im Blutdruck und auf mangelhaften Tonus der Gefäßwände zurückgeführt werden müssen.“ „Denken wir,“ schreibt Verf. weiter, „an die verschiedenen vasomotorischen

¹⁾ Przegląd lekarski etc. ibidem.

Störungen der meisten Neurastheniker, die alle auf eine gestörte Sympathikustätigkeit zurückgeführt werden müssen, wie z. B. an die kalten Hände und Füße, kalte Haut (sowohl universell als besonders partiell), wechselnde Gesichtsfarbe, Hyperidrosis etc., so werden wir zugestehen müssen, daß sich tatsächlich eine große Anzahl Neurasthenien unter das Bild einer Sympathikuskunktionsstörung oder -erkrankung einreihen lassen. . . . Wir müssen also einen großen Teil der sogenannten Neurasthenien als direkte Sympathikusneurosen ausscheiden und demgemäß zu behandeln versuchen. Ich halte es für eine Verkehrung von Ursache und Wirkung, zu sagen, solche Sympathikusaffektionen kommen als „Angioneurosen“ im Geleit der Neurasthenie vor. Denn was nach Wegnahme der „Angioneurosen“ bleibt, sind fast nur Sekundärerscheinungen dieser Neurose, z. B. der Kopfdruck, das Ohrensausen, die Schlaflosigkeit und trotzdem vorhandene Müdigkeit.“ — Ein zweiter Teil der Neurasthenien ist die Vagusneurose, die Verf. weiter in seiner Arbeit bespricht. Entsprechend diesen seinen Ansichten betrachtet Verf. auch die Therapie der Neurasthenie, welche vor allem auf den vasomotorischen Apparat gerichtet sein muß. Den näheren Zusammenhang zwischen den vasomotorischen und den nervösen Erscheinungen der Neurastheniker, wie Mattigkeit, Schlaflosigkeit usw., stellt sich Verf. in der Weise vor, daß er die ungenügende Durchspülung der Zellen mit frischem Blut als unmittelbare Ursache der ungenügenden Funktion der Zellen annimmt. „Dasselbe“ (d. h. Funktionsstörungen), schreibt Verf., „wird geschehen, wenn infolge von Sympathikusreizung oder -lähmung in der Blutversorgung unserer Muskulatur Störungen auftreten, die eine mangelhafte Abfuhr der Ermüdungsprodukte im Muskel bedingen. So denke ich mir in entsprechender Weise modifiziert auch die ‚herumziehenden Schmerzen‘, die Schlaflosigkeit der Neurastheniker entstehen.“ Was die Ursache der gestörten Sympathikuskunktion betrifft, so schreibt Verf. (ibidem): „Dabei bleibe ich auf meinem früher (‘Über die Entstehung der Neurasthenie‘ — Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, 66. Bd. S. 492) angenommenen Standpunkt, daß das primär schädigende Agens, ein Toxin, im Körper selbst entstanden sei, beharren und denke mir, daß dieses, im Blute beständig neu gebildet, so lange keine entsprechende Therapie eingreift, die Tätigkeit der Sympathikusganglien im reizenden oder lähmenden Sinne beeinflußt.“

Wir finden also bei Höftmayer nicht nur wiederholt meine Behauptung, daß vasomotorische Störungen Ausgangspunkt für die sogenannten nervösen Störungen in der Neurasthenie sind, sondern sehen wir auch, daß Höftmayer durch die Annahme „einer mangelhaften Abfuhr der Ermüdungsprodukte“ auf die Spur dessen gekommen ist, was ich als ein von den wichtigsten bindenden Gliedern in der ursächlichen Kette, die zwischen den vasomotorischen Störungen der Haut und den sogenannten nervösen Erscheinungen besteht, annehme. Das volle Verständnis der Tatsache, daß die Haut ein Ausscheidungsorgan gerade für diese Ermüdungsprodukte ist, würde vielleicht dem Verf. die Kenntnis der Pathogenese der Neurasthenie noch mehr leichtert haben.

Ich begnüge mich mit dem Wiedergeben in größeren Zügen zweier oben zitierten Arbeiten, die in mehr oder weniger direkter Weise meine Arbeit stützen, und ich hoffe, auf diese Weise auf die erwähnte Kritik meiner Arbeit am besten geantwortet zu haben.¹⁾

Dr. med. u. phil. *P. Prengowski.*

Ministerialerlasse. — Hinsichtlich der Fürsorge für Geisteskranke sind zwei Ministerialerlasse ergangen. Der eine betrifft die Entlassung verbrecherischer Personen aus öffentlichen Irrenanstalten. Er bezieht sich insbesondere auf solche Personen, auf welche § 51 des Strafgesetzbuches oder § 203 der Strafprozeßordnung zutrifft. Der erst genannte Paragraph besagt, daß eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Der zweitgenannte Paragraph besagt, daß die vorläufige Einstellung des Verfahrens beschlossen werden kann, wenn dem weiteren Verfahren der Umstand entgegensteht, daß der Angeschuldigte nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist. Zum Schutze gegen Schädigungen durch Geisteskranke, die unter Anklage gestanden haben, wird folgendes durch den Kultusminister und den Minister des Innern angeordnet: „In dem Erlasse vom 15. Juni 1901 ist bestimmt, daß geisteskranke, auf Grund des § 51 des Strafgesetzbuches oder des § 203 der Strafprozeßordnung außer Verfolgung gesetzte Personen, welche polizeilicherseits öffentlichen Anstalten für Geisteskranke überwiesen worden sind, sofern ihnen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist, nicht entlassen werden sollen, bevor dem Landrat, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsorts Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. Zugleich ist weiter angeordnet, daß die Leiter der Anstalten über die beabsichtigte Entlassung erst nach Eingang dieser Äußerung oder nach Ablauf einer Frist von drei Wochen seit deren Benachrichtigung Entscheidung treffen können. Im Anschluß hieran bestimmt sodann der Erlaß vom 16. Dezember 1901, daß in Fällen von besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit von der Polizeibehörde vor Abgabe ihrer Äußerung die Entscheidung des Regierungspräsidenten nachzusuchen ist. Wir bestimmen hiermit, daß fortan in gleicher Weise alle Fälle der vorgedachten Art zu behandeln sind, in denen ein

¹⁾ Da der Herr Verf. der Ansicht war, die Würdigung seines Aufsatzes „Zur psychiatrischen Therapie“ sei dadurch erschwert oder unmöglich geworden, daß seitens der Redaktion an verschiedenen Stellen Kürzungen oder Ausdrucksveränderungen, übrigens mit Erlaubnis des Verf., vorgenommen worden waren, glaubte sie ihm den Abdruck vorstehender Ausführungen nicht versagen zu dürfen, durch welche er jenen Aufsatz zu verdeutlichen und zu begründen meint.

Red.

richterliches Urteil über die Täterschaft eines Angeschuldigten, welcher erhebliche Vorstrafen nicht erlitten hat, nicht vorliegt, weil der § 51 des Strafgesetzbuches oder der § 203 der Strafprozeßordnung zur Anwendung gekommen ist.“ Der zweite Erlaß hat die Behandlung geisteskranker Personen in Anstalten mit mehreren Verpflegungsklassen zum Vorwurf. Er lautet: „Für den Fall, daß in Provinzialanstalten für Geisteskranke Personen, welche in die erste oder zweite Klasse aufgenommen sind, vorübergehend — wenn auch unter Aufrechterhaltung der Verpflegung — wegen Unruhe auf Abteilungen für Kranke sogenannter dritter oder vierter Klasse behandelt werden müssen, empfiehlt es sich, alsbald den Angehörigen oder dem gesetzlichen Vertreter hiervon Mitteilung zu machen. An einzelnen Stellen wird schon bei der Aufnahme eines Kranken in eine höhere Verpflegungsklasse der Vorbehalt einer Versetzung auf eine für Kranke mit geringerem Verpflegungssatze bestimmte Abteilung für den Fall besonderer Erregung oder sehr störenden Verhaltens des Kranken gemacht. Wir ersuchen die Provinzverwaltung, soweit sie Anstalten mit mehreren Verpflegungsklassen unterhält, auf die Zweckmäßigkeit solcher Anordnungen zur Vermeidung von Beschwerden hinzuweisen. (Vossische Ztg. 1904 No. 287.)

Ministerialerlaß vom 26. März 1904 betr. Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalten untergebrachten Geisteskranken. — Bei Gelegenheiten von Ortsbesichtigungen sollen die Kreisärzte feststellen, ob in der Gemeinde Geisteskranke in Kranken-, Siechen- und Armenhäusern, in fremden Familien oder in der eigenen Familie untergebracht sind. Diese Kranken sind fortlaufend zu überwachen und nach Bedarf zu besuchen. Es ist über sie nach bestimmtem Muster Buch zu führen. Etwaige Mißstände sind zur weiteren Veranlassung der zuständigen Polizeibehörde mitzuteilen. (Ä. Sachv. Ztg. 1904 No. 12.)

Die Unterbringung und Unterhaltung gemeingefährlicher Geisteskranker und geisteskranker Verbrecher in Schlesien — bildet eine fortlaufende Kette von Streitigkeiten zwischen den staatlichen Verwaltungs- und Justizbehörden einerseits und den schlesischen Landarmenverbänden bzw. der Provinzialverwaltung anderseits. Auf die juristische Seite dieser Streitfrage hier einzugehen, würde zu weit führen.

Seit einigen Jahren hat die Staatsverwaltung, gezwungen durch die ablehnende Haltung sämtlicher Provinzialverwaltungen, geisteskranker Verbrecher während der Strafhaft zum Zwecke der Beobachtung und Feststellung ihres Geisteszustandes in Provinzialanstalten aufzunehmen, für männliche Gefangene Irrenabteilungen bei größeren Strafgefängnissen (und zwar für 2 bis 3 Provinzen je eine) eingerichtet. Eine solche Irrenabteilung besteht auch bei dem Strafgefängnisse in Breslau. Wenn nun in dieser Irrenabteilung die Geisteskrankheit und Strafvollzugsunfähigkeit eines Strafgefangenen konstatiert

und auf Grund des § 487 Str.-Pr.-Ordnung die Entscheidung über Entlassung des Gefangenen ergangen war, so wurde der Geisteskranke, dessen Mittellosigkeit in den meisten Fällen klar lag, durch Vermittlung des Polizeipräsidiums dem Landarmenverbände der Stadt Breslau zugeführt, der ihn als fürsorgepflichtiger Armenverband vorläufig aufnehmen mußte und dem es oblag, die zeitraubenden Ermittlungen nach dem endgültig unterstützungspflichtigen Landarmenverbände, dem er die Voraussetzungen der Armenpflege und seine definitive Übernahmespflicht nachweisen mußte, anzustellen. Dieser Zustand, welcher der Stadt Breslau die geisteskranken Verbrecher nicht nur aus Schlesien, sondern auch aus anderen Provinzen aufbürdete, wurde überaus lästig empfunden. Die Stadt Breslau verneinte prinzipiell die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit für jeden aus der Irrenabteilung des hiesigen Strafgefängnisses zu entlassenden Geisteskranken. Dieser prinzipiell ablehnende Standpunkt der Stadt Breslau hielt die Provinzial-Irrenanstalten von Schlesien von kriminellen Geisteskranken lange Zeit frei. Vor einigen Tagen hat eine Ministerialkommission mit dem Landeshauptmann von Schlesien und dem hiesigen Magistrat über Regelung des einstweiligen Zustandes konferiert, um von den beiden schlesischen Landarmenverbänden das von anderen Provinzialverwaltungen zugesagte Entgegenkommen im Interesse des öffentlichen Wohles zu erlangen. Aus dieser Konferenz ist folgendes hervorzuheben:

Die Staatsregierung hält an ihrem prinzipiellen Standpunkt fest, daß die Landarmenverbände, in letzter Linie die Provinzen, auf Grund des Dotationsgesetzes die gesamte Irrenfürsorge, also auch die für gemeingefährliche Geisteskranken auszuüben haben. Sie hält die Entscheidungen des Bundesamtes für das Heimatswesen über die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit und Anstaltspflegebedürftigkeit für unhaltbar, erwartet aber die prinzipielle Entscheidung des Obergerichts.

Die durch die Weigerung der Landarmenverbände, insbesondere der beiden schlesischen, geschaffenen Zustände sind auf die Dauer unhaltbar und drängen auf sofortige Abhilfe, zumal die Entscheidung des Obergerichtes monatelang auf sich warten lassen kann. Die Angelegenheit beschäftigte den Provinzialausschuß in seiner letzten Sitzung am 29. Juni und er hat zu ihr Stellung genommen. Der Provinzialausschuß sprach sich dahin aus, daß die Rücksicht auf das öffentliche Wohl die baldige Beseitigung des jetzigen unhaltbaren Zustandes, dessen Rechtsgültigkeit immerhin zweifelhaft erscheine, erheische und ermächtige deshalb den Landeshauptmann, fortan bis zum Erlaß der für die Rheinprovinz zu erwartenden Entscheidung des Obergerichtes kriminelle Geisteskranken aus der Irrenabteilung des Strafgefängnisses in Breslau direkt zu übernehmen, sofern die Fürsorgepflicht des Landarmenverbandes der Provinz Schlesien oder die Übernahmeverpflichtung des Landarmenverbandes der Stadt Breslau feststeht, aber unter Wahrung des Kostenerstattungsanspruches in Fällen lediglich polizeilicher Fürsorge.

Damit ist die Streitfrage vorläufig in befriedigender Weise geregelt. Die Stadt Breslau wird künftig eine Entlastung an Arbeit und Kosten erfahren, die Lasten des Provinzialverbandes aber werden sich mehren. Später, wenn erst — sei es durch ein prinzipielles Urteil des Oberverwaltungsgerichts, sei es durch ein neues Gesetz — die Pflicht der Landarmenverbände zur Übernahme und zum Unterhalt gemeingefährlicher Geisteskranker feststehen wird, werden außerordentliche, große Ausgaben erfordernde Maßnahmen zur Sicherung dieser gefährlichen Anstalts-Insassen, wie Vermehrung des Wartpersonals, Einrichtung besonderer Abteilungen für diese Kranken bei den Provinzial-Irrenanstalten getroffen werden müssen. (Bresl. Morgenzt. 1904 No. 237.)

Bestrafung eines Wärters. — Ein Wärter in Wil mußte während des Dienstes verhaftet werden, da er sich von einem Patienten hatte bestechen lassen, ihm zur Entweichung zu verhelfen. Diese Entweichung konnte verhindert werden, da das Komplott verhindert wurde. Der Wärter wurde von dem Bezirksgerichte zu einer Gefängnisstrafe von 2 Monaten verurteilt nach Abzug der Untersuchungshaft; er appellierte an das Kantonsgericht und dieses verschärfte die Strafe in dem Sinne, daß ihm die Untersuchungshaft nicht abgerechnet wurde. (Bericht des Asyles in Wil pro 1903 S. 17.)

Nekrolog v. Holst. — Am 7. Juli ist in Seis in Tirol, wo er Erfrischung und Besserung bei langdauernder Krankheit suchte, Dr. *Valentin von Holst* aus Riga im 66. Lebensjahre gestorben. *Holsts* Bedeutung als Nervenarzt und seine zahlreichen persönlichen Beziehungen in Deutschland legen es nahe, daß auch an dieser Stelle seiner leider zu früh abgeschlossenen Lebensarbeit gedacht wird.

Holst war 1839 in Fellin in Livland geboren. Er entstammte einer baltisch-deutschen Familie, aus welcher sich viele Mitglieder in der Wissenschaft und in bürgerlicher Tätigkeit hervorgetan haben. Auf den Universitäten Dorpat, Wien und Berlin widmete sich *Holst* dem Studium der Medizin und übte dann 1864—68 zunächst als Landarzt im nördlichen Livland die ärztliche Praxis aus. Die vielfach unbefriedigenden sanitären Zustände, die *Holst* hier vorfand, erweckten in ihm für immer ein lebhaftes Interesse für alle Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens. 1868 siedelte er als praktischer Arzt nach Riga über, den damals schnell zur Großstadt aufblühenden Vorort der baltischen Provinzen. Hier erwarb er sich bald das Vertrauen weiter Kreise, in kurzer Zeit war er ein vielbeschäftigter, gesuchter Arzt. Bei aller Vielseitigkeit der Betätigung, zu welcher *Holst* seine reichen Fähigkeiten trieben, war doch nun bald das Studium und die Behandlung der Nervenkrankheiten der Gegenstand, dem er fortan mit der ganzen ihm eigenen Begeisterung und feurigen Tatkraft seine besten Kräfte widmete. Er fand hierbei nichts weniger vor als ein fertiges, anerkanntes Wirkungsgebiet. Die Nervenpathologie war zu jener Zeit nach den Worten eines berufenen Vertreters

ein „luftiger Bau“, in welchem „Phrasen und Periphrasen noch in üppigster Fülle wucherten“, und wenn auch die experimentelle Pathologie und sorgsame, durch neue Untersuchungsmethoden vertiefte Beobachtung einen schnell wachsenden Besitz gesicherter Tatsachen ergab, stand doch die Mehrzahl der praktischen Ärzte der Nervenheilkunde fremd gegenüber und nahm zu manchen Krankheitsformen noch mit hergebrachten laienhaften Vorurteilen Stellung. *Holst* gebührt das unbestreitbare Verdienst, durch seine ärztliche Tätigkeit, durch Wort und Schrift der Nervenheilkunde unter den Ärzten Rigas und den baltischen Kollegen jener Zeit die Stellung gegeben zu haben, die ihr zukam. Es war ihm eine Freude, in dieser Richtung aufklärend tätig zu sein, und als später zahlreiche Nervenärzte neben ihm arbeiteten, hat er nie aufgehört mit seiner reichen Erfahrung anregend und fördernd hervorzutreten. Schon die ersten nervenärztlichen Erfahrungen führten auch *Holst* darauf hin, daß Nervenheilkunde und Psychiatrie nicht zu trennen seien und die große Bedeutung der psychischen Behandlung für die Nervenkranken erkannte er bald. Er suchte deshalb auch der Psychiatrie näher zu treten und beteiligte sich lange Zeit regelmäßig an den ärztlichen Rundgängen in der städtischen Irrenanstalt Rothenberg, deren damaligen Leiter, *Brutzer*, er besonders schätzte, auch als einen Meister der psychischen Behandlung. Nachdem *Holst* eine Zeitlang die Methoden der elektrischen Behandlung besonders beschäftigt hatten, galt sein Hauptinteresse besonders der Hysterie und der Neurasthenie. Er war ein vorzüglicher Kenner dieser Krankheitsformen. Die ihm anvertraute Leitung der Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses gab ihm die Möglichkeit, seine Beobachtungen über diese Zustände, die ihn in der Sprechstunde und Hauspraxis viel beschäftigten, immer mehr zu vertiefen. Die wiederholte Aufforderung, über diese Neurosen eine umfassende Monographie zu schreiben, lehnte er bescheiden ab, da er meinte, daß die von ihm im Gedränge der Praxis geschriebenen Krankengeschichten nicht eine solche Vollkommenheit besäßen, um ein größeres wissenschaftliches Gebäude darauf zu errichten. Über einzelne Fragen aus diesem Gebiet, besonders aber über die Therapie hat *Holst* dagegen seine Anschauungen veröffentlicht, und diese auch in ihrer einfachen Schreibweise vorzüglichen Arbeiten haben *Holst* über den Kreis seiner Berufstätigkeit hinaus bekannt gemacht.

Die Frage der Errichtung besonderer Anstalten für Nervenkranken, welche sich jetzt in einem so aktiven Stadium befindet, hat *Holst* als erster schon 1880 öffentlich behandelt. Er trat energisch und mit guten Gründen für die Notwendigkeit derartiger Anstalten ein und war von dem heißen Wunsche beseelt, eine solche Anstalt in Riga bald zu eröffnen. Viel Vorurteile und Widerstände waren zu besiegen, ehe der Wunsch zur Tat werden konnte. Namentlich den Argwohn, daß eine „verkappte“ Irrenanstalt hiermit ins Leben gerufen werden sollte, mußte *Holst* in heißen Kämpfen zerstreuen. 1884 konnte er endlich mit bescheidener Platzzahl (16) seine Nervenanstalt eröffnen, es war die erste in Riga, zugleich die erste in Rußland. In den ersten 10 Jahren gingen der Anstalt 545 Kranke zu. Es war ein großer

Genuß für jeden Sachverständigen, *Holst* in dieser Anstalt die individualisierende Behandlung und besonders eine ungewöhnlich geschickt geleitete Beschäftigungstherapie der verwöhnten Nervösen aus den höheren Ständen ausüben zu sehen. Über die Tätigkeit seiner Anstalt hat *Holst* mehrere Berichte veröffentlicht, welche mehr enthalten als öde Statistik.

Von seinen Schriften stelle ich — ohne Anspruch auf Vollständigkeit — die folgenden zusammen:

Etwas über die Sanitätsverhältnisse des Landvolks. Baltische Monatschrift. 1866.

Vorschläge zu einer ländlichen Sanitätsordnung. Ebenda 1867.

Über die Anwendung der Elektrizität in der praktischen Medizin. Ebenda 1872.

Über das Wesen der Hemicranie. Dorpater mediz. Zeitschr. 1872.

Über die Bedeutung der Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten. Riga. Stieda 1880.

Über das Verhältnis der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zur Gynäkologie. Westphals Archiv. 1881.

Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher Neurosen. Stuttgart 1883. (Hat mehrere Auflagen erlebt.)

Über die besondere Form von Hysterie, wie sie in allgemeinen Krankenhäusern zur Beobachtung kommt. In: Festschrift des Stadtkrankenhauses. Riga 1897.

Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. Stuttgart 1903.

Es konnte nicht fehlen, daß die Arbeit eines so eifrig und zielbewußt schaffenden Arztes, wie *Holst* es war, außerhalb der engeren Berufstätigkeit vielfach für gemeinnützige Zwecke in Anspruch genommen wurde. *Holst* wußte auch hierfür Zeit zu erübrigen. In der „literarisch-praktischen Bürgerverbindung“, welche in Riga zahlreiche öffentliche Wohlfahrtseinrichtungen geschaffen hat, wirkte er als Mitglied des engeren Ausschusses, wurde später Ehrenmitglied, er war Mitglied der städtischen Sanitätskommission und gehörte dem Vorstände der Ferienkolonien an.

Die politische Umgestaltung Livlands, die sich in den Jahren 1889 und 1890 vollzog, empfand *Holst* tief und schmerzlich. In ununterbrochener Berufsarbeit und Pflichterfüllung, im Verkehr mit gleichgesinnten Heimatsgenossen, vor allem in dem gefestigten Glück seines deutschen Hauswesens, im Kreise der Seinen fand *Holst* die Kraft, um auch in diesem Wandel der Verhältnisse in alter Weise rastlos vorwärts zu streben. Erst in den letzten Jahren verminderte zunehmende Kränklichkeit seine große Leistungsfähigkeit. In klarer Erkenntnis dieser Tatsache legte er zuerst die Leitung seiner Nervenabteilung, dann die seiner Privatanstalt nieder, nicht ohne dauernd den Verlust dieser ihm besonders ans Herz gewachsenen Arbeitsstätte schmerzlich zu vermissen. Bei nun geschwächtem Körper suchte sein jugendfrischer Geist nach neuer produktiver Betätigung. *Holst* fand sie in den Vorarbeiten für die neue livländische Landesirrenanstalt, an denen er in den letzten Jahren in hervorragender Weise beteiligt war. Mit der ihm eigenen

Gründlichkeit suchte er auf Reisen in Deutschland sich über die Fortschritte des Anstaltswesens zu unterrichten und aus den Einzelheiten der Organisation das für die heimatlichen Verhältnisse Geeignete herauszufinden.

Holsts Wesen war durch große geistige Begabung und ungewöhnliche Willenskraft vor allem gekennzeichnet. Er war eine temperamentvolle, rastlos vorwärts drängende Natur. Die große äußere Lebendigkeit und Lebhaftigkeit und seine mannhafte Entschiedenheit verdeckten für den Fernerstehenden leicht diejenigen Eigenschaften, die seinen Freunden und Patienten besonders wert waren: die feine Empfindung, die Wärme und Treue seines Herzens. Seine vornehme Denkungsart ließ ihn unlautere Gefügigkeit, Strebertum und würdelosen Konkurrenzkampf, wo er ihn antraf, aufs schärfste befehlen. Für jüngere und jüngste Kollegen, an denen er wahren Wissensdrang spürte, war er jederzeit zugänglich und voll gütiger Teilnahme. Als eine freundliche Fügung mich noch einmal wenige Wochen vor dem Ende mit *Holst* in Berlin zusammenführte, ließ seine unveränderte geistige Frische den Rückgang der Körperkräfte fast übersehen. Die Gestaltung der livländischen Irrenanstalt in Stackeln beschäftigte seine Gedanken auch bei seiner letzten Reise. Niemand konnte erwarten, daß seinem Leben schon sobald ein Ziel gesetzt sein würde. Eine fieberhafte Bronchitis, bei welcher das Herz erlahmte, hat ihm schnell einen sanften Tod gebracht. Ein vielbewegtes, dabei erfolgreiches Leben hat seinen Abschluß gefunden. Die Trauer um *Holsts* Hingang ist in seiner baltischen Heimat eine allgemeine, sein Wirken wird dort unvergessen bleiben. Aber auch in der Nervenheilkunde, der er allezeit mit Hingebung seine Kraft widmete, bleibt ihm ein ehrenvolles Andenken gesichert.

Treptow a. R., im Juli 1904.

A. Mercklin.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau vom 18.—24. Sept. 1904. — Die Einführender der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sind Prof. Dr. C. Wernicke und Primärarzt Dr. Hahn, Schriftführer Privatdozent Dr. Mann und Privatdozent Dr. Förster. Bei Prof. Dr. C. Wernicke Breslau V, Tauentzienplatz 11, sind die Vorträge anzumelden.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.¹⁾

In der Ausgabe der Liste 1904 ist die Prov.-Heilanstalt Allenberg bei Wohlau angegeben, während sie bei Wehlau zu notieren ist.

¹⁾ Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Laehr.

Personal-Nachrichten.

- Dr. *Alex. Westphal*, ao. Prof. u. Dir. der psych. Univ.-Klinik zu Greifswald, ist zum Prof. o. u. Dir. der psychiatr. Klinik zu Bonn,
- Dr. *Franz Nißl*, Prof. und 2. Arzt der psych. Klinik zu Heidelberg, ist zum Prof. o. und Dir. der psych. Klinik in Heidelberg,
- Dr. *Gust. Wolff*, Privatdoz. an d. Univ. zu Basel, ist als Nachfolger von Dir. Prof. Dr. *L. Wille* als ao. Prof. u. Dir. der psych. Klinik,
- Dr. *Georg Koester*, Privatdoz. f. Nervenkrankh. zu Leipzig ist zum ao. Prof.
- Dr. *Ant. Hockauf*, ordin. Arzt der n. ö. Irrenanst. Kierling-Gugging zum Primararzt derselben,
- Dr. *Ludwig Scholz*, dir. Arzt d. Heil- u. Pflegeanst. zu Waldbröl, Rheinpr. ist zum komm. Direktor u. 1. Arzt der neuen auf 1200 Kranke berechneten Prov.-Irrenanstalt zu Meseritz,
- Dr. *Storch*, Privatdozent an d. Univ. zu Breslau, zum dir. Arzt der Irrenabteilung des Strafgefängnisses dortselbst ernannt worden.
- Dr. *Heinr. Knust*, Ass. der Prov.-Heilanst. Dziekanka, hat die Stelle als dir. Arzt der Trinkerheilstätte „Waldfrieden“ bei Fürstenwalde übernommen.
- Dr. *Ad. Specht*, Ass. der psych. Klinik in Tübingen, hat sich an der dortigen Universität,
- Dr. *Otto Kölpin* hat an der Univ. zu Greifswald sich für Psychiatrie,
- Dr. *Emil Villingen* in Basel für Neurologie und Neuropathologie,
- Dr. *Osw. Bumke*, Ass. der psych. Klinik zu Freiburg i. B. hat sich als Privatdozent für Psychiatrie habilitiert.
- Dr. *Karl Dittmar*, San.-Rat und Dir. der Bezirksirrenanstalt zu Saargemünd hat den Charakter als Geh. San.-Rat erhalten.
- Dr. *Val. von Holst*, fr. dir. Arzt der Privat-Nervenheilst. bei Riga, ist 65 Jahre alt, auf einer Reise in Tyrol an Herzlähmung infolge von Bronchitis gestorben.
- Dr. *August Müller-Joos*, seit 1896 Direktor der Irrenanstalt „Breitenau“ bei Schaffhausen, ist am 25. Juni im Alter von 45 J. gestorben.
- Carl Weigert*, Prof., Geh. Med.-R. u. Dir. des Senkenbergischen Institutes, der Entdecker der „Weigertschen Färbung“ für die path. Anatomie des Nervensystems, starb am 5. August, 59 J. alt.

— — — — —

Zur Biologie des Sprachapparates.

Von

Dr. Otto Groß, Assistent an der neurologisch-psychiatrischen Klinik zu Graz.¹⁾

Durch *Anton* ²⁾ ist uns die Tatsache bewußt geworden, daß bei zentral bedingtem Ausfall von Sinnesleistungen die Störung der Selbstbewertung dieses Defektes als psychisches Symptom der Herderkrankung auftreten kann und daß das Problem von diesen Störungen eine prinzipielle Basis für die weitere Fragestellung nach der psychologisch-biologischen Bedeutung der zentralen Herderkrankungen bildet.

Die Ergebnisse seiner diesbezüglichen Untersuchungen an den zwei wichtigsten, zur Sektion gekommenen Fällen faßt *Anton* dahin zusammen:

„Die zwei geschilderten Fälle betrafen beiderseitige Verletzungen in den zentralsten Stationen des Seh- und Gehörsystems; zum Unterschiede von den kurz erwähnten einseitigen Zerstörungen war hier die Aufmerksamkeit auf das betreffende Sinnesgebiet gänzlich erloschen, die Selbstwahrnehmung der gesetzten Funktionsstörungen vollkommen aufgehoben, die bezüglichlichen Gedankenbildungen völlig eliminiert.“

In diesen Worten ist vor allem — und das ist bei der uns beschäftigenden Frage das Wichtigste — der psychische Zustand charakterisiert, in den wir uns hineinversetzen müssen, um das

¹⁾ Dem Chef der Klinik, meinem verehrten Lehrer Prof. *Anton*, danke ich an dieser Stelle für alle Güte und Förderung.

²⁾ *Anton*, Über die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns usw. Archiv für Psychiatrie, Bd. 32, Heft 1.

Zustandekommen einer Selbstbewertungsstörung gewissermaßen aus psychologischen Bedingungen verstehen zu können.

Die Beobachtungen *Antons* beziehen sich auf Fälle, bei denen speziell ein einzelnes zentralstes Sinnesgebiet — zweimal das akustische, einmal das optische System — vollkommen von der Außenwelt abgesperrt war. Wenn auch, besonders beim einen Taubheitsfall, aphasische Symptome das Krankheitsbild kompliziert haben, so unterscheiden sich diese Fälle doch insofern von den eigentlichen Aphasien, als die Perzeption von Gehörseizen überhaupt aufgehoben erschien. Das Problem auch dieser Fälle war also speziell das der Selbstwahrnehmungsstörung bezüglich der akustischen Funktion, d. h. also überhaupt in allen drei Fällen bezüglich einer elementaren Sinnesleistung.

Das Ergebnis drückt *Anton* mit den Worten aus:

„Solche Kranke sind also — ohne daß genügender Grad von Blödsinn vorhanden wäre — unbewußt blind, unbewußt taub“.

Diese vollkommenen Abschließungen des gesamten psychologischen und biologischen Mechanismus eines Individuums von einem Sinnessystem erweist sich klinisch und anatomisch als ein exquisit psychisches Phänomen; *Anton* sagt darüber (speziell mit Beziehung auf die akustischen Störungen):

„Es ist also beim Studium der Landkarte des Gehirnes im vorhinein zu erwarten, daß bei Zerstörungen an dieser Gehirnstelle nicht nur die Verbindung mit der Peripherie unterbrochen, sondern besonders zahlreiche intracerebrale Bahnen durchtrennt werden. Demgemäß hat die Fahndung nach klinischen Symptomen sich nicht auf die Gehörstörungen zu beschränken, sondern im besonderen Maße die psychischen Mitsymptome festzustellen.“

Den psychologischen Unterschied zwischen der einfachen und der mit Selbstwahrnehmungsstörung verbundenen Erkrankung (speziell des zentralsten Gehörorganes) präzisiert *Anton* folgendermaßen:

„Die Kranke verhielt sich nicht nur wie eine absolut Taube, sondern auch wie eine, welche früher niemals gehört hat.“

Hier muß allerdings *cum grano salis* verstanden werden. Es besteht keine vollkommene Übereinstimmung zwischen einem erworbenen Defekt mit Selbstwahrnehmungsstörung und einem

entsprechenden angeborenen (peripheren) Defekt. Dieser Unterschied läßt sich daraus erklären, daß das entsprechende cerebrale Gebiet mit seinen intracerebralen Verbindungen beim erworbenen Defekt grob durchbrochen, beim angeborenen Defekt nur seiner eigentlichen Funktionen entzogen ist. Es ist ferner in Betracht zu ziehen, daß das Gehirn des normalen Erwachsenen auf die Benützung aller Sinnessysteme eingerichtet und durch Übung daran gewöhnt ist, so daß also der plötzliche Ausfall eines zentralsten Sinnesapparates — im Vergleich zum angeborenen Defekt — eine wesentliche Schädigung des cerebralen Gleichgewichtes bedeutet.

Dem entspricht der Umstand, daß die biologische Gesamtleistung des Zentralnervensystems beim angeborenen Defekt nur reduziert, beim erworbenen zentralen Defekt mit Aufhebung der Selbstwahrnehmung aber gestört ist. Die Gesamtorientierung des Individuums ist bei der angeborenen Erkrankung nur um Einen Sinn verarmt, bei der in Rede stehenden erworbenen aber auch generell fehlerhaft.

Beim Studium des — hier allein interessierenden — später erworbenen Defektes fällt uns zunächst folgendes auf: Die Selbstwahrnehmung deckt sich mit der Tendenz des Individuums, den Defekt einer Sinnessphäre durch Leistungen anderer Sinnessphären zu korrigieren. Es ist ja in erster Linie das Wegfallen dieser Korrektur, woraus wir das Bestehen einer Aufhebung der Selbstwahrnehmung zu erschließen pflegen, und umgekehrt sagt die logisch-psychologische Überlegung, daß eben die Wahrnehmung eines Defektes zu seiner bewussten Korrektur den hauptsächlichsten Anstoß gibt. Dieser psychologischen Interpretation entspricht das biologische Geschehen; es besteht also ein untrennbarer Zusammenhang zwischen dem Problem der Selbstwahrnehmung und dem Problem der Selbstkorrektur.

Wir haben von *Fritz Hartmann* gelernt, die Aufrechterhaltung des biologischen Gleichgewichtes zwischen den Summen von Außenweltreizen und Reaktionen des Individuums als Gesamtorientierung zum Maße für die Intaktheit oder Störung der Synergetik aller verschiedenen zentralen Mechanismen zu machen. Ein Ausfallssymptom hat gerade in dem Maße psychische Bedeutung,

als es eine Störung der Gesamtorientierung darstellt. In diesem Sinne erklärt *Hartmann* gerade die mit Selbstwahrnehmungsstörung verbundenen zentralen Ausfallserscheinungen als „echte Orientierungsstörungen“.

Echte Orientierungsstörungen m. E. insofern, als aus der Gesamtreaktion des Individuums auf die Außenwelt eine Komponente vollständig ausgefallen ist, und zwar nicht nur durch die Unmöglichkeit, auf dem befallenen Sinnesgebiete neue Reizwirkungen zu apponieren, sondern auch durch die Unmöglichkeit einer Modifikation der Gesamtorientierung durch die Erinnerungsbilder an die frühere Tätigkeit des betreffenden Sinnesorganes. Psychologisch gesprochen: in solchen Fällen — auch wenn die Phantasie der betreffenden Sinnessphäre nicht vollständig verloren gegangen ist — fehlt die Erinnerung an den Akt der Wahrnehmung auf dem betreffenden Sinnesgebiete. Der Wegfall der Erinnerung an die Wahrnehmungstätigkeit auf einem bestimmten Sinnesgebiete verhindert den Erkrankten an einer Vergleichung seines einstigen und jetzigen Zustandes, verhindert ihn an der Selbstwahrnehmung und schließt die Tendenz zu einem bewußten Ersatz der in Wegfall gekommenen Sinnestätigkeit durch die intakt gebliebenen Orientierungsmechanismen *co ipso* aus.

Dieses „Vergessen“ auf eine bestimmte ehemalige Wahrnehmungstätigkeit ist umso leichter erklärlich, je einheitlicher, spezifischer, unvergleichbarer mit den intakt gebliebenen die ausgefallene Orientierungsleistung gewesen ist.

Dies trifft am meisten für die elementaren Sinnesleistungen zu.

Anders aber gestaltet sich die Fragestellung, wenn der in Wegfall gekommene cerebrale Mechanismus eine zusammenfassende, aus heterogenen Elementarkomponenten bestehende Leistung repräsentiert hat. Dies ist bei den Aphasien der Fall. Über den Charakter der zentralen Sprachstörungen als spezifische Orientierungsstörungen äußert sich *Fried. Hartmann*:

„Wie wir gehört haben, sind die höchsten Störungen der Orientierungsfähigkeit dadurch ausgezeichnet, daß auf den einzelnen Sinnesgebieten die Bildung orientierten Empfindungs- und Wahrnehmungsmaterials ungestört vor sich gehen kann. Die Bildung des hiervon abhängigen Vorstellungsmaterials, die Entstehung

dauerhafter Gedächtnisspuren und deren Funktion, die normale Entstehung von Erinnerungsbildern, ist aber an die möglichst ausgedehnte Weiterverarbeitung des Wahrnehmungsmateriales geknüpft. Durch diese Tätigkeit, welche den Gesamtorganismus jeweilig in bestimmte Beziehung zur Außenwelt setzt, ihn in Lage, Bewegung und Bewegungsrichtung endgültig bestimmt und die ihren Ausdruck in der psychisch bedingten aktiven Beziehungnahme des Organismus zum momentanen Reizkomplex der Außenwelt findet, wird erst die „Beziehung der Gesamtpsyché“ des Organismus zur Außenwelt auf dem endlichen Wege von Handlungen vermittelt.

Störungen dieser Tätigkeit werden demnach die „Beziehung der Gesamtpsyché“ des Organismus zur Außenwelt verändern und werden sich klinisch in Störungen des Handelns zum Ausdruck bringen. Sie sind es ja auch, welche als Bewegungsphänomene der Psychosen der direkten naturwissenschaftlichen klinischen Betrachtung sich darbieten und die der beredte Ausdruck für die Störung in der Beziehung der Gesamtpsyché (Selbstbeziehung) zur Außenwelt (incl. den Reizkomplex des Gesamtkörpers) sind.

In diesem Sinne läuft die endliche psychische Tätigkeit des Menschen ja auf die Stellungnahme des Individuums zur Außenwelt hinaus.

Wir haben schon hervorgehoben, daß bei dieser Gruppe von Störungen die räumlich-sinnlichen Komponenten der cerebralen Tätigkeit vollkommen intakt sein können. Wir müssen nun nochmals eben auch schon früher Angeführtes zur Darstellung heranziehen.

Wir haben gehört, daß die verschiedenen Komponenten sinnlichen Denkens für die Gesamtleistung des Gehirnes eine verschiedene Dignität aufweisen, und haben hierbei des näheren erörtert, daß gerade dem Komplex der sensorischen Sprachleistung ontogenetisch schon eine exzeptionelle Bedeutung für den Ablauf cerebralen Geschehens innewohnt. Das Sprach-(Hör- und Laut-) System ist bei Menschen im fortwährenden innigen Bezüge zu den Funktionen der übrigen Sinnessysteme entstanden und bildet in der Gesamtfunktion des Gehirnes zur Konstitution der Ichbeziehung

zur Außenwelt — dem Persönlichkeitsbewußtsein — einen wichtigen Faktor.

Ist der sinnliche Denkvorgang, sinnliches Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen, vorwiegend an die Funktion der Sinnesendstätten unter allgemeiner Mitwirkung der Richtungsempfindungskomplexe (räumlich-sinnliches Denken) gebunden, so erscheint das Denken in Wortklangbildern (und Wortvorstellungen) als der zweite wichtigste cerebrale Vorgang höherer psychischer Dignität.

Diese beiden Hauptkomponenten psychischer Tätigkeit stehen im Normalen in einer gewissen gegenseitigen Abhängigkeit und verfügen über eine ziemliche Selbständigkeit. Sowie eine Störung in einem anderen Sinnesendfelde naturgemäß auch den Bezug zu den Stätten der Sprachbilder integrierend beeinflußt (transcorticale Sprachstörungen, Wernicke) so müssen weitgehende Störungen bei Intaktheit der übrigen Sinnesfelder entstehen, wenn der normale Bezug des räumlich-sinnlichen Denkens zum Komplex des sprachlichen Denkens gestört ist.

Ausfall letzterer Stätten läßt die bekannten aphatischen Störungen in die Erscheinung treten und Komponenten des sprachlichen Denkens verloren gehen.

Sofern sinnliches Denken und Denken in Sprachbildern beständige gegenseitige Korrektur erfahren, sofern also der normale wechselseitige Bezug der sinnlichen zu der Denkarbeit in Sprachkomponenten (und umgekehrt) den Erwerb einer festen Assoziation zwischen diesen beiden Denkprozessen garantiert und damit die Selbstbeziehung, das Bewußtsein der Persönlichkeit formuliert, kann es entweder von vornherein bei der Anbildung oder erst nach der Herstellung dieses Bezuges zu einer Störung und zu einer vom Normalen abweichenden Stellungnahme des Organismus zum jeweiligen Reizkomplex der Außenwelt kommen.

Wir können demnach Störungen postulieren, welche den Bezug der einzelnen Sinnessysteme untereinander und ihren Bezug zum Sprachsysteme, Störungen, welche also insbesondere die gegenseitige Abhängigkeit des räumlich-sinnlichen und des sprachlichen Denkvorganges verschieben. Sie werden den Bezug des Gesamtorganismus zum Reizkomplex der Außenwelt nicht auf räumlich-sinnlichem Gebiete im engeren Sinne schädigen, vielmehr die

Stellung der Persönlichkeit den komplizierteren Reizkomplexen gegenüber verändern.“

Wir ersehen, daß die Betrachtungsweise der Orientierungsstörungen auch auf die Störungen des Sprachmechanismus ausgedehnt werden kann. Nur begegnen wir einer neuen komplizierteren Art von Orientierungsfunktion, sobald wir uns auf das Gebiet der Sprachfunktionen begeben. Es liegt dies, wie schon angedeutet, daran, daß der Sprachmechanismus keinen einheitlicher Sinnesapparat mehr, sondern eine Synthese aus solchen darstellt.

Hartmann erklärt den Aufbau des zentralen Apparates für die Lautsprache aus elementaren Reizreaktionsapparaten etwa folgendermaßen: Jeder elementare Orientierungsapparat besteht aus einer sensorischen und einer derselben zugeteilten motorischen Komponente. Beim Menschen ist die motorische Komponente des Hörapparates rudimentär geworden, und ebenso die sensorische des Lauterzeugungsapparates; durch die innige Verschmelzung dieser beiden Apparate entsteht nun ein synthetischer Mechanismus mit der sensorischen Komponente des akustischen und der (senso)motorischen des lauterzeugenden elementaren Orientierungsapparates, und dieser neue Mechanismus fungiert nun im weiteren Sinne analog den allgemeinen Funktionen der (sensomotorischen) Orientierungssysteme.

Diese Erklärung, auf die wir später noch einmal zurückkommen werden, ist uns an dieser Stelle wichtig als Beleg für einen gewissen Unterschied zwischen den aphatischen Ausfallsymptomen und den zentralen Defekten einfacher Sinnesleistungen. Schon aus dem synthetischen Mechanismus des Sprachapparates und seiner speziell zusammenfassenden Funktion ergibt sich, daß es sich bei den aphatischen Störungen nicht um den Wegfall einer einfachen Sinnes- resp. elementaren Orientierungsleistung handelt, sondern um den Wegfall oder die Schädigung derjenigen Komponenten, mit welchen sich elementare Sinnesysteme an der synthetischen Leistung der Sprache beteiligen. Die Sinnesleistungen an sich sind mehr oder weniger erhalten geblieben. Nun wissen wir aber, daß gerade die spezifischen Sinnesleistungen etwas an sich Unvergleichbares darstellen, und

hieraus ist es uns verständlich geworden, daß ein „Vergessen auf eine bestimmte ehemalige Wahrnehmungstätigkeit“ möglich war. Bei den aphatischen Störungen kann ein entsprechendes „Vergessen“ auf eine ehemalige Orientierungstätigkeit nicht auf dieselbe Weise wie beim zentralen Ausfall einfacher spezifischer Sinnesleistungen erklärt werden, denn bei der Mitbeteiligung mehrerer Sinnessysteme an den Sprachleistungen stehen dem Aphatischen die einzelnen elementaren Orientierungsfunktionen zur Vergleichung seines ehemaligen und jetzigen Zustandes zur Verfügung; kommt es bei Aphasie zu einem Defekt der Selbstwahrnehmung, so muß man sich denselben nicht als ein Vergessen auf eine ehemalige perzipierende, sondern als ein Vergessen auf eine ehemalige zusammenfassende (assoziiierende!) Tätigkeit vorstellen.

Unter Festhaltung dieses prinzipiellen Unterschiedes — der uns später noch eingehender beschäftigen wird — können wir nun darauf zurückkommen, daß die Sprachleistungen zwar eine gewisse Sonderstellung gegenüber den elementaren Orientierungsfunktionen einnehmen, daß sie aber ebenso wie alle anderen Funktionen zentraler Mechanismen eine Komponente der Gesamtorientierung darstellen und daß die Sprachleistungen damit als Orientierungsleistungen, ihre Störungen als echte Orientierungsstörungen zu betrachten sind. Die Aphasien unterliegen den allgemeinen Kriterien der Orientierungsstörungen.

Wir haben als allgemeines Prinzip in der Biologie und Psychologie der Orientierungsstörungen gesehen, daß die Störungen der Selbstwahrnehmung zusammenfallen mit Störungen der von den intakt gebliebenen Systemen ausgehenden biologischen Korrektur. Diese Erwägung muß auch für die Betrachtung der Störungen des zentralen Sprachmechanismus richtunggebend sein. Es handelt sich darum, nachzuweisen, inwieweit es für aphatische Störungen eine Korrektur im biologischen Sinne geben kann und inwieweit Störungen dieser Korrektur beobachtet sind.¹⁾

¹⁾ Ich gebrauche den Ausdruck „biologische Korrektur“ in folgendem Sinne: Während die physiologische Korrektur die Wiederergänzung einer

Die biologische Korrektur einer aphatischen Störung bedeutet einen teilweisen Ersatz der durch die Störung dem Gesamt-Individuum verloren gegangenen Fähigkeiten. Diesen Ersatz zu leisten ist zunächst Sache des schriftlichen Ausdruckes resp. Lesevermögens; diese Fähigkeiten stehen aber in unmittelbarer Beziehung zur Lautsprache und in direkter Abhängigkeit vom Zustand des inneren Sprachvermögens. Bei eigentlichen zentralen (corticalen) Zerstörungen im Sprachapparate ist wenigstens die entsprechende rezeptive oder expressive Komponente des Schreib-Lesevermögens bekanntlich mitgetroffen. Bei den hier allein interessierenden Aphasien mit Störung der inneren Sprache kommt damit eo ipso als biologische Korrektur der jeweils vorhandenen Schädigung das Lese-Schreibvermögen nicht in Betracht. Für diese Aphasien liegt nur in der Geberdensprache eine Möglichkeit zur biologischen Korrektur.

Für das Bestehen von Störungen gerade dieser Korrektur liefern uns die Beobachtungen von Mazukiewicz ein beachtenswertes Tatsachenmaterial.

Der erste von ihm besprochene Fall wird als eine typische motorische corticale Aphasie bezeichnet. Die Sprache fehlt bis auf eine Silbe. Es besteht vollkommene Amusie, totale Alexie, auch starke Störung in der Identifikation der Buchstaben. Das Sprachverständnis ist vollkommen erhalten; nachschreiben möglich, aber ohne Verständnis; Spontanschreiben aufgehoben bis auf seinen Namen und einige Zahlen; schriftliche Bezeichnung von Gegenständen unmöglich. Diktatschreiben hochgradig paraphrasisch; Abzeichnen möglich, Spontanzeichnen (nach Aufgabe) aufgehoben. Bei der Prüfung der Intelligenz dieses Kranken fiel es weiter auf, daß er bei den Rechnungsaufgaben sich in keiner Weise verständlich machen konnte. Es hat sich dann herausgestellt, daß die Möglichkeit, sich durch irgend welche Zeichen verständlich zu machen, vollkommen fehlt. Es mißlingt das spontane Zeichnen, das Ausdrücken von Umrissen oder Formen durch

verloren gegangenen spezifischen Leistung als solcher bedeutet, besteht die biologische Korrektur in der Heranziehung anderer Mechanismen zu möglichstem Ersatz der Störung in bezug auf die Gesamtorientierung.

Bewegungen in der Luft, das Bezeichnen von Tätigkeiten durch imitatorische Gesten und überhaupt alle Geberdenzeichen bis auf die einfache Hinweisung. Das Verständnis der Gebärdensprache ist erhalten, desgleichen die Imitation vorgemachter Bewegungen.

Der zweite Fall erscheint als corticale sensorische **Aphasie**: der Zustand hatte mit Asymbolie begonnen, die sich später zurückbildete. Es bestand rechtseitige Hemianopie; das Verständnis des Gesprochenen schwer geschädigt, die Spontansprache **konfus**, paraphatisch, Mangel an Worten; Satzform erhalten; Bezeichnen von Gegenständen falsch, dabei Perseveration und **Paraphasie**. Spontanschreiben bis auf die Unterschrift aufgehoben, **Diktat**-schreiben stark **paragraphisch**, Nachschreiben unmöglich. Lesen **paralettisch**, Leseverständnis vollkommen aufgehoben.

Spontane Geberdezeichen fehlen fast völlig, es werden auch keinerlei Versuche gemacht, mangelnde Worte durch Geberdenzeichen zu ersetzen; das Verständnis der Geberdensprache hochgradigst mangelhaft; Nachahmung der Gefühlsausdrücke und der vorgemachten Bewegungen erhalten.

Der dritte und letzte Fall betrifft gleichfalls eine sensorische Aphasie; auch hier hat anfangs eine leichte Asymbolie bestanden, die sich später zurückgebildet hat. Sprachverständnis sehr schwer geschädigt, Spontansprache paraphatisch, ohne Substantiva, in abgerissenen Sätzen; Logorhoë. Bezeichnung der Gegenstände sehr mangelhaft, Perseveration.

Das Nachsprechen einfacher Laute und Buchstabenkombinationen ist meist gut; bei schweren Worten versagt Pat. vollkommen, scheint das nicht besonders gut zu bemerken und wählt statt der nachzusprechenden Worte häufig ganz andere.

Lesen und Schreiben unmöglich, nur verständnisloses Nachzeichnen von Buchstaben und einzelnen Worten erhalten.

Zum Ersetzen der mangelnden Worte bedient er sich spontan der Geberdensprache gar nicht. Seine Geberden beschränken sich auf die Zeichen der Bejahung und Verneinung, des Unvermögens und auf die Gefühlsausdrücke. Diese Formen werden auch verwendet; für alle sonstigen Geberdenzeichen scheint das Verständnis erloschen. —

Diesen drei Fällen möchte ich noch einige weitere Krankengeschichten beifügen.

Der erste Fall stammt aus den älteren Krankengeschichten unserer Klinik; die anderen habe ich selbst beobachtet.¹⁾ Den — hier als letzten eingeordneten — Fall Marie S. hatte ich leider noch nicht unter besonderer Berücksichtigung des hier Interessierenden untersucht, er scheint mir aber durch die besondere Prägnanz der Störungen des Ausdrucks als am besten geeignet, das Material von Mazurk. zu kompletieren.

I. Fall Patientin Anna Sch. 35 Jahre alt, Private. Wird von ihrem Manne 3. Januar 1900 auf die Klinik gebracht, Mutter lebt, ist gelähmt; Patientin hat vier Kinder, angeblich alle gesund. Keine schweren Krankheiten in der Kindheit; Patientin war immer ein reizbares Wesen, weinerlich, jähzornig. Menses im 15. Lebensjahre. Heiratete 1881. Kein Kopftrauma. Mutter hatte einen Schlaganfall. Erste Geburt 1887, die übrigen 1889, 1893, 1898. Kein Abortus, eine vorzeitige Geburt. Körperliche Anstrengungen werden in Abrede gestellt. Patientin bekam September 1899 einen Schlaganfall, nach diesem rechts vollständig gelähmt, Sprache völlig verloren. Lues und Potus negiert. Nach der letzten Geburt wurde ärztlich Nephritis konstatiert.

Status somaticus: Herzdämpfung: nach r. bis zum r. Sternalrand, nach l. um eine Fingerbreite über die Mamillarlinie verbreitert. Herztöne begrenzt; Leberdämpfung entsprechend. Askultation: R. über dem Oberlappen scharfes Inspirium, am Rücken perkussorisch und auskultorisch nichts abnormes. Milzdämpfung bis zur mittleren Axillarlinie. Abdomen gebläht; Puls regelmäßig; Arterien gut gefüllt, 70.

Cranium symmetrisch, l. ober dem Ohre eine Spur tympanitischer Schall, r. kürzer.

Haut der Lider ödematös geschwellt; keine Augenmuskulaturstörungen. L. Pupille weiter als die r. Reaktion beider prompt. Beiderseits maculae corneae; Augenhintergrund normal.

Facial r. bei willkürlicher Innervierung paretisch; bei mimischen Bewegungen gleicht sich diese Differenz völlig aus. Zunge wird nach r. vorgestreckt. Gaumensegel bei der Phonation schlecht gehoben, steht r. tiefer als l. Gaumensegel und Pharynxreflex auslösbar. Struma parenchymatosa. Conjunctivalreflex l. lebhaft, r. auslösbar. Sensibilität im Gesichtsbereiche intakt. Die r. obere Extremität vom Schultergürtel abwärts vollkommen paralytisch. Auch das Empor- und Rückwärtsstauen der Schulter und die Adduktion derselben unmöglich. Keine auffälligen Atrophien, keine Tempe-

¹⁾ Für Überlassung des 2. und 3. Falles sage ich Herrn Prof. Lorenz, Direktor der Grazer medicin. Klinik, meinen ergebensten Dank.

raturunterschiede. Tricepsreflex beiderseits auslösbar. Mechanische Muskel-erregbarkeit und Periostreflexe r. gesteigert.

Der Tonus der Muskulatur bei ruhiger Spontanlage nicht erhöht, wohl aber bestehen Beugekontrakturen im Ellbogengelenke. Sensibilität: An der r. oberen Extremität leichte Herabsetzung, besonders an den distalen Teilen; an der l. Extremität eher Hyperästhesie.

Bewegungen des Kopfes und Rumpfes werden aktiv und passiv ausgeführt. Die r. untere Extremität in ihrem Volumen nicht geändert, wird paretisch unter großem Schwanken etwas ataktisch gehoben. Auch das Erheben der l. unteren Extremität paretisch, kann mit geringer Kraft unterdrückt werden.

Die Bewegungen im Kniegelenk sind r. fast unmöglich, l. schwächlich; am schwersten betroffen sind die Bewegungen der Sprung- und Zehengelenke. Keine Peronäusstellung.

P. S. R. l. auslösbar, r. klonisch gesteigert. Achillessehnenreflex l. auslösbar, r. klonisch gesteigert. Die mechanische Muskeleerregbarkeit und die Periostreflexe r. leicht gesteigert; bei Beklopfen der Tibiafläche: Rotationsreflex des Beines nach innen. Plantarreflex r. auslösbar, l. deutlich gesteigert. Zehenreflexe l. palmar, r. dorsal. Sensibilität der unteren Extremitäten, so weit grob greifbar, normal. Gang sehr schwer möglich, rechtsseitig stark spastisch-paretisch. Die Strecker entschieden besser innerviert als die Beuger. Der Fuß klebt am Boden, die Zehen werden beim Vorwärtsbringen des Fußes „umgekrempelt“.

Stereognostischer Sinn: R. Zündhölzchen wird erkannt, Schlüssel nicht, Bleistift nicht. L. prompt.

Aphatischer Status: a) Sprachfähigkeit. Auf verschiedene Fragen wird unter Unlustäußerungen mit „So“ geantwortet. Bei anderen z. B.: „Sind Sie krank?“ — „Ja.“ — „Sind Sie verheiratet?“ — „Ja, ja.“ — „Haben Sie Kinder?“ — „Ja.“ — „Sind Sie über 50 Jahre?“ — „No — nein.“ — „Sind Sie gesund?“ — „Ja“ (entsprechende Gebärde). — „Sind Sie verheiratet?“ — „Ja“ (nickt). — „Sind Sie lungenkrank?“ — „Nein.“ — „Was essen Sie am liebsten?“ — „eh so“ (deutet mit Unlust auf ihren Mund). — „Wie viele Kinder haben Sie?“ (zeigt 4 Finger, ohne es aussprechen zu können.) — „Wie alt sind Sie?“ (Vermag dies nicht mit Gebärden auszudrücken.)

Vom Wortschatze sind also bloß Ja, Nein und So erhalten, welche die Patientin aber sehr häufig falsch gebraucht, auch vermag sie sich nur selten mit richtigen Gebärden zu verständigen. Z. B. kann sie in keiner Weise angeben, wie viele Extremitäten, Geburten usw. sie hat; wohl aber vermag sie die vorgemachten Gebärden richtig zu identifizieren.

b) Verständnis der Sprache: Einfachen Aufforderungen kommt Patientin prompt nach (Zunge zeigen, Hand geben, Augen schließen, in den Sack greifen).

c) Lesen. Patientin vermag angeblich zu lesen, jedoch laut lesen un-

möglich. Scheint Geschriebenes zu lesen, gibt auch an, es zu verstehen, kommt aber der geschriebenen Aufforderung in keiner Weise nach.

d) Prüfung auf Schreibvermögen infolge der vorhandenen Lähmung unmöglich.

e) Optische Sphäre. Gesehene Gegenstände können nicht bezeichnet werden, sie werden aber fast immer richtig mit dem vorgesprochenen Worte identifiziert.

Willkürliche Sprache	}	aufgehoben
Nachsprechen		
Lautlesen		
Agraphie	}	nicht prüfbar
Kopieren		

Leseverständnis aufgehoben.

Wortverständnis erhalten.

Diagnose: Corticale motorische Aphasie.

17. Januar 1904: Patientin benimmt sich völlig geordnet, erkennt und beurteilt ihre Umgebung richtig, nimmt ihre Krankheit schlecht wahr. Stimmung gedrückt, leicht weinerlich. Von Sinnestäuschungen oder Wahnideen nichts nachweisbar.

Musikverständnis: Melodie der Volkshymne erkennt Patientin prompt. Ebenso identifiziert sie Scheppern mit dem Schlüssel und Uhrticken richtig.

Bei leichtem Affekt werden die wenigen vorhandenen Worte entschieden deutlicher ausgesprochen.

Zunge weicht nach r., die r. Hälfte etwas flacher als l. Facialis r. ganz immobil. Stirnfacialis ziemlich symmetrisch. Auch beim Lachen keine Veränderung r.

Augen- und Kopfbewegungen normal. Keine besonderen Unterschiede in der Innervation der Bauchmuskeln; r. agieren auch die Hilfsmuskeln um das Schultergelenk nicht.

R. Bein etwas abgemagert, ebenso r. Arm.

P. S. R. fast klonisch, r. > l.

Sensibilität l. besser als r.

Tricepsreflex sehr lebhaft; auch bei mechanischer Reizung. Erregung des Muskelbauches.

R. untere Extremität kann mit Mühe von der Unterlage abgehoben werden; auch das l. Bein etwas schwächer.

Patientin versteht Gesprochenes, kommt Aufforderungen, wenn auch nach Wiederholung derselben, meist richtig nach.

Vokale kann Patientin nachsprechen, Konsonanten nicht. Patientin spricht nur „So“ oder „Ja“.

Lesen kann Patientin, aber nicht alles richtig (?).

Zahlen bezeichnet sie durch die Finger richtig; kann mit Hilfe der Finger leichte Rechnungen ausführen; durch Gebärden kann sich Patientin nur schwer verständlich machen. —

19. Januar. Patientin ist nicht imstande, Zahlen mit den Fingern zu zeigen; auch Additionen können mit den Fingern nicht gemacht werden. Auf Fragen antwortet sie ganz in perverser Weise durch Kopfgebärden. Einfache schriftliche Aufforderungen versteht sie nicht.

25. Januar. Keine Urinbeschwerden.

28. Januar. Ist den einfachen Aufforderungen (Zunge auf die Zähne legen) nicht nachgekommen.

11. Februar. Linksseitige Schwellung im Gesichtsbereiche.

13. Februar. Größere exacerbierende Schmerzen im r. Bein und im Trigeminalggebiete.

21. Februar. Entlassen.

Es handelt sich hier um einen Fall von typischer, kortikaler, motorischer Aphasie; willkürliche Sprache, Nachsprechen, Lautlesen und Leseverständnis erhalten. Dabei ist vermerkt, daß die Patientin ihre Krankheit „schlecht wahrnimmt“. Die Krankengeschichte zeigt, daß das Verständnis für Gebärden erhalten, der Gebrauch der Gebärdensprache aber weitgehend gestört ist.

II. Fall. M. P. Bergarbeiter, geb. 1864 (ohne Anamnese).

Status somaticus: Mittelgroß, kräftig, recht gut genährt.

Pupillen r. weiter als l., beide reagieren. Corneal- und Conjunctivalreflexe vorhanden.

R. Mundwinkel hängt herab, r. Nasolabialfalte verstrichen.

Zunge weicht nach r. ab.

Lungenbefund normal.

Herzgrenzen nach r. etwas über den l. Sternalrand; Aktion regelmäßig, Töne rein. Leber und Milz normal.

Bauchhautreflexe r. schwächer als l.

R. obere Extremität hängt schlaff herab; sämtliche Muskulatur gelähmt.

Tricepssehnen-, sowie Periost- und Fascienreflexe stark gesteigert.

Sensibilität, soweit prüfbar, nicht grob gestört.

R. untere Extremität geschwollen, cyanotisch, feuchter und kühler als die l.

Patellarsehnenreflexe l. auslösbar, r. klonisch gesteigert, r. starker Fußklonus.

Zehenreflex plantar.

Nadelstiche werden deutlich signalisiert.

Status psychicus: Patient verhält sich vollkommen ruhig, erwidert den Gruß mit leichtem Kopfnicken. Die dargereichte Nahrung gebraucht er sofort vollkommen entsprechend. Er führt den Löffel wegen der rechtsseitigen Hemiplegie mit der linken Hand und zwar sehr geschickt. Auch feinere Nebenverrichtungen besorgt er spontan und vollkommen zweckmäßig. Wie er mit der Nahrungsaufnahme fertig ist, leckt er den Löffel sorgfältig

ab, dabei zeigt sich, daß seine Mundwerkzeuge für derartige Funktionen hinreichend zweckmäßig innerviert werden können. Dann verwahrt er sein **EB**geschirr und seinen Löffel und zeigt dabei, daß er sich während seines **zweitägigen** Aufenthaltes im Spital mit den Abteilungsgewohnheiten (**Verwahren** des Löffels in der Nachttischschublade) vollkommen vertraut gemacht hat.

Spontansprache: beschränkt sich auf die Worte: „Der, du, ja, o je, **aber**.“ Diese Worte werden zum Teil völlig sinnlos gebraucht, nur das Wort „o je“ entspricht zweifellos dem Ausdruck eines Unlustaffektes. Während **des** Sprechens gerät Patient jedesmal in einen Unlustaffekt. Er verzieht das Gesicht, schüttelt den Kopf, schnalzt mit der Zunge und zuckt ratlos die Achseln.

Sprachverständnis: Auf alle Aufforderungen antwortet Patient lediglich mit unwillig hervorgestoßenen Sprachresten: „Ja, der, du, o je, o je!“ Dabei steigern sich die Unlustäußerungen. Es wird wiederholt beobachtet, daß Patient seinen Finger auf seine Zähne legt. Er scheint andeuten zu wollen, daß er nicht sprechen könne (?). Dagegen macht er niemals irgend ein Zeichen, daß er nicht höre oder verstehe. Als ihm einmal laut ins Ohr gerufen wird, entfernt er sein Ohr lachend und kopfschüttelnd vom Mund des Sprechenden, so als ob er andeuten wolle, er höre gut. Er wendet sich auch auf Anrufen von rückwärts her sofort um, perzipiert also akustisch mindestens ohne nennenswerte Störung.

Das Verständnis des Gesprochenen fehlt vollkommen. Nur seinen Vornamen scheint er zu erkennen.

Nachsprechen: unmöglich.

Lesen: Patient nimmt die Tafel richtig zur Hand, fixiert die Schrift, stößt seine Sprachreste hervor und gerät in Unwillen. Die geschriebene Aufforderung wird niemals befolgt.

Leseverständnis erloschen.

Schrift: Das Schreibvermögen in allen seinen Komponenten erloschen. Zum Nachschreiben veranlaßt, malt er 9 oder C.; zum Spontanschreiben fehlt jeder Ansatz. Dabei macht Patient mit der ihm überreichten Kreide ratlose Geberden.

Nachzeichnen: fehlt ebenso wie das Nachschreiben. An Stelle eines großen Dreieckes macht er wieder die Figur 9.

Verständnis von Geberden: fehlt vollkommen.

18. April 1904: Sprache, Sprachverständnis, Schreiben, Lesen und Zeichnen fehlen vollkommen bis auf die gestern erwähnten Sprachreste.

Verständnis von Geberden: ist weitgehend gebessert. Patient versteht die meisten einfachsten Geberden und versagt nur bei den komplizierteren.

Spontane Geberdensprache: Die Gefühlsausdrücke, Bejahen, der Ausdruck des Fragens, die hinweisende Geberde, die Ausdrücke der Ratlosigkeit und Unsicherheit werden geleistet. Besonders der Ausdruck der

Ratlosigkeit und des Unwillens sind stets dann, wenn der Patient sprechen will, sehr lebhaft. Andere Geberden, z. B. der Ausdruck von Wünschen oder anderweitiger Ersatz der Lautsprache können nicht nachgewiesen werden. Doch zeigt auch die spontane Geberdensprache gegen gestern einen nachweisbaren Fortschritt.

Die Selbstwahrnehmung des Defektes: Drückt sich bei den Versuchen, spontan zu sprechen, durch Geberden der Ratlosigkeit und des Unwillens aus. Für den Defekt des Sprachverständnisses konnte ähnliches weder gestern noch heute nachgewiesen werden. In bezug auf Geberdenzeichen bestand gestern bei völligem Fehlen jedes Verständnisses auch kein Zeichen für reine Selbstwahrnehmung dieses Defektes. Heute treten, sobald eine Geberde nicht verstanden wird, lebhafte Zeichen der Unlust auf.

19. April 1904: Sprachverständnis fehlt nach wie vor; auch die Spontansprache ist unverändert. Die durch eine Geberde erteilte Aufforderung, vom Nachttisch ein Glas zu nehmen und zu trinken, bleibt verstanden. Bei den Versuchen, zu sprechen, nach wie vor Unlustbewegungen. Die pantomimisch ausgedrückte Bitte um Feuer wird aufgefaßt. Auf lange Nasen zeigen deutet er mit der Hand hinter sich und stößt fragend hervor: „Der, ja der?“ Die pantomimische Aufforderung, sich abzudecken, versteht er nicht. Die entsprechende Aufforderung sich zu schneuzen, begleitet vom Überreichen eines Tuches, versteht er gar nicht. Als ihm die gewünschte Bewegung vorgemacht wird, führt er das Tuch an die Nase, aber ohne es weiter zu verwenden. Die pantomimische Aufforderung, ein Stück Brot zu essen, beantwortet er damit, daß er das Brot in den Mund steckt wie eine Zigarre, sieht dabei den Arzt fragend an. Auch andere Aufforderungen werden ähnlich mißverstanden, obwohl keine Spur von Asymbolie oder Apraxie besteht.

Während der ganzen Versuche, sich dem Patienten durch Geberden verständlich zu machen, schenkt Patient den Bewegungen des Examinierenden gespannte Aufmerksamkeit und nimmt deutlich wahr, daß eine Verständigung beabsichtigt wird. Seine Fehlreaktionen entsprechen Versuchen, die unverstandene Aufforderung durch Probieren zu erraten. Dann drückt sein Gesicht eine Mischung von Unmut und Ratlosigkeit aus. Dabei vermag er sich aber sichtlich nur sehr mangelhaft in Sinn und Zweck der vom Examinierenden angestellten Verständigungsversuche hineinzudenken. Die meisten Geberden, die er nicht versteht, macht er ratlos nach. Auch die hinweisende Geberde wird heute nur selten richtig verstanden. Überhaupt ist das Verständnis der Geberdensprache seit gestern wieder zurückgegangen.

In diesem Falle haben wir es mit einer totalen Aphasie zu tun. Sprache und Sprachverständnis sind sozusagen total aufgehoben, desgleichen Gebrauch und Verständnis der Schrift. Gebrauch und Verständnis der Geberdensprache sind weitgehend gestört; auffallend ist hierbei die isolierte Remission dieses Defektes

am 2. Tage der Beobachtung, die sich nicht weiter erklären läßt. Es bestand weder Asymbolie noch Apraxie auch nur andeutungsweise, auch machte der Ausdruck des Gesichtes und das schnelle sich Einfinden in die Situation den Eindruck gut erhaltener allgemeiner Intelligenz. Bei diesem Kranken drückt sich in der Ratlosigkeit und Unlust bei der Untersuchung eine Andeutung von Selbstwahrnehmung des Defektes aus, die sich aber fast nur auf die expressive Komponente bezieht. Doch machte der Mangel jeder Verständigungsmöglichkeit ein Urteil über den Grad und die Intensität dieser Selbstwahrnehmung von vornherein unmöglich.

III. Fall: M. K., 64 Jahre, Bergarbeiter, aufgenommen 18. April 1904.

Status somaticus: Ziemlich abgemagert, senil.

Pupillen mittelweit gleich, reagieren. Oberer Facialisast r. eine Spur schwächer innerviert als l.

R. Nasolabialfalte fast verstrichen, Mundwinkel r. tiefer hängend.

Bei Bewegungen tritt die Facialisparese stärker hervor.

Zunge nach r. abgelenkt, belegt. Weicher Gaumen steht r. tiefer und bewegt sich r. weniger.

Carotiden symmetrisch.

R. obere Extremität geschwollen, hängt schlaff herab, ist motorisch gelähmt, Reflexe gesteigert. Sensibilität nicht grob gestört.

R. untere Extremität geschwollen, motorisch gelähmt. Über den Lungen rückwärts unten spärlich Rasseln. Herzgrenzen nicht verbreitert, I. Ton dumpf, II. akzentuiert, Leber und Milz nicht vergrößert.

Abdomen ödematös, enthält Spuren freier Flüssigkeit.

Anamnese: Gesund bis Oktober 1903. Ende dieses Monats stürzte Patient während der Arbeit im Felde plötzlich zusammen. In die Wohnung gebracht, war er bewußtlos; in den nächsten Tagen stark benommen. R. Arm und Bein waren „wie tot“ und jede aktive Bewegung unmöglich. Seiner Umgebung fiel auf, daß die rechte Gesichtshälfte ausdruckslos war; das obere Augenlid stand r. tiefer als das linke, der r. Mundwinkel hing stark herab, seine Augen waren nach l. gedreht und die Zunge wich nach r. ab. Gleichzeitig war die Sprache so gestört, daß Patient nur lallen und sich nicht verständlich machen konnte. In den ersten Tagen Schluckbeschwerden.

Patient konnte durch 5 Wochen das Bett nicht verlassen, doch besserte sich sein Zustand so, daß er jetzt mit einem Stock gehen kann.

Status psychicus: Patient ist ruhig, zeigt keine Anzeichen von allgemeiner Verwirrtheit oder Wahnideen. Überreichte Gegenstände verwendet er dem Gebrauche entsprechend. Bei der Nahrungsaufnahme zeigt er sich über die Bedeutung aller Gebrauchsgegenstände informiert, verwendet spontan die Serviette und zeigt keine Andeutungen von Asymbolie.

Spontansprache: Patient spricht schwer dysarthrisch. das Vorgebrachte ist zum größten Teile vollkommen unverständlich. Das Gesprochene ist vollkommen paraphatisch und scheint nur aus ganz zusammenhanglosen Wort- und Silbentrümmern zu bestehen.

Bezeichnung von Gegenständen:

Hut:	Hut,
Kreide:	Schreide,
Feder:	Schreiden, Sag, Wir, Feder.
Seife:	Haus is is aus,
Zündhölzchen:	Zündhölzel (dysarthrisch),
Schlüssel:	Schlüssel
Sacktuch:	Schneuztüchel
Kreuzer:	Sach is, na Seiser,
Brieftasche:	Firfaschl, Hirschaft.
Flasche:	Serflaschl.

Das Bezeichnen von Gegenständen gelingt unter schwerer literaler Paraphasie.

Sprachverständnis: in jeder Richtung intakt, soweit die relativ einfacheren Anforderungen in Betracht kommen. Das Zeigen von Gegenständen begleitet Patient mit Paraphasien: „Sach ist Sach, sag ich“ usw.

Leseverständnis: „Machen Sie die Augen zu!“ Liest paraphatisch vor, mitten unter sinnlosen Silben versteht man auch „Augen“. Reaktion = 0 „Zeigen Sie die Zunge!“ Liest „Zeichnen“ anstatt Zeigen, das übrige ganz paraphatisch verstümmelt, keine Reaktion.

„Zunge zeigen!“ Liest: „Zugoa seigr“. Reaktion = 0.

„Pfui!“ „Pffisser“.

„Esel!“ „Fi, sex su se.“

Nachsprechen: gelingt mehr oder minder litteralparaphatisch.

Schrift: Patient lehnt ab (rechte Hand gelähmt), scheint sagen zu wollen: „ich kann es nicht“ (? paraphatisch).

Verständnis der Geberden: Pantomimische Aufforderungen bleiben stets unverstanden.

Patient macht meist die Geberden nach oder macht ähnliche aber sinnlose Bewegungen. Dieselben Aufforderungen gesprochen, versteht und befolgt er sofort.

Gebrauch der Geberdensprache: Schwer geschädigt. Aus eigenem Antrieb gebraucht Patient nur die hinweisende und bejahende Geberde. Das Bezeichnen von Tätigkeiten durch Geberden mißlingt vollkommen; alle geleisteten Geberden sind fehlerhaft.

Wie verwendet man den Schlüssel? Patient formt mit den Fingern einen Haken, den er biegt und streckt.

Trinken:

Trinken:

Trinken:

Patient zeigt auf das Glas, sonst = 0.

Annähernd richtig.

sinnlose Bewegungen.

Nagel einschlagen:	mehrere Schläge mit der flachen Hand auf das Knie.
Pistolenschießen:	streckt die Hand proniert aus.
Prügelhaken:	hält die Hand vertikal.
Essen:	unverständliche Bewegungen.

Kontrollversuche ergeben, daß die Aufforderungen gewiß verstanden werden können.

Selbstwahrnehmung: Beim Schreiben und vielleicht einmal beim Sprechen deutet Patient an, er könne nicht; anscheinend nimmt er die Dysarthrie wahr, denn bei längerem Sprechen sucht er den Mund mit der Hand zu formieren. Befragt, ob er gut sprechen könne, sagt er verständlich: „ganz gut“. Befragt, ob er krank sei, deutet er auf Arm und Bein der hemiplegischen Seite. Weiter befragt, ob auch die Sprechwerkzeuge krank seien, bezeichnet Patient durch Markieren der Medianlinie die Hemiparese des Facialis. Befragt, ob er alles sprechen könne, „ja“. Die Störung des Leseverständnisses bemerkt Patient offensichtlich nicht, bejaht auch wiederholt die Frage, ob er gelesen und verstanden habe; wohl aber gerät er bei den Leseversuchen in Ratlosigkeit. Er spricht spontan sehr viel, immer ganz paraphatisch, schaltet gewisse sinnlose Silben und Worte ein, und bemerkt offensichtlich von allen seinen Sprachstörungen höchstens die Dysarthrie, wahrscheinlich aber nur die Facialisparesie dauernd. Daneben wird ganz selten eine leichte Ratlosigkeit beim Sprechen bemerkbar, doch geht auch die immer wieder schnell vorüber und ist die Beachtung wenig nachhaltig.

Es handelt sich hier um eine weitgehend abgeheilte, motorische Aphasie. Spontansprache schwer paraphatisch; am besten gelingt noch das Finden von Bezeichnungen für konkrete Gegenstände, ein differentialdiagnostisches Kriterium leichterer motorischer Aphasien, auf das Monakow und neuerlich Bonhoeffer hingewiesen haben. Sprachverständnis ganz intakt. Lesen paralektisch, ohne Verständnis; Schreibvermögen aufgehoben. Verständnis und Geberdensprache weitgehend geschädigt, ohne daß irgend eine Asymbolie oder Apraxie oder ein Intelligenzdefekt in Rede kämen.

Die Selbstwahrnehmung der somatischen Symptome, der Hemiplegie, sogar die Facialisparesie, ist ganz intakt; die Wahrnehmung des aphatischen Ausfallskomplexes ist mindestens schwer geschädigt.

IV. Fall. Patientin Marie S., 29 Jahre alt, Magd. Laut Angabe eines Verwandten war Patientin zuvor gesund, und wurde auf ihrem Dienstorte morgens (3. April 1903) bewußtlos im Bette gefunden. Man brachte sie

mit einem Rettungswagen auf die medizinische Abteilung des Krankenhauses und von da am 9. April auf die psychiatr. Klinik; das Bewußtsein sei zurückgekehrt, nicht aber das Sprachvermögen; sie lachte und weinte öfters und stieß lallende Laute aus; nähere Daten weiß der Überbringer und Begleiter der Patientin nicht anzugeben.

Status bei der Aufnahme (10. April): Patientin gut genährt, kräftig gebaut, Gesicht stark gerötet. Pupillen weit, reagieren; rechte Lidspalte weiter als die linke, r. Mundfacialis stark paretisch, Zunge weicht nach r. ab, r. Arm scheint eine Spur paretisch, P. S. R. klonisch gesteigert, Muskeltonus der Beine stark gesteigert, passive Beweglichkeit stark erschwert. Herztöne begrenzt, Herzgrenzen nicht erweitert, Puls regelmäßig, klein, 60 pr. Min. Gaumensegel hängt tief herab, starker fötor ex ore.

Patientin erscheint benommen, stört die ärztliche Untersuchung durch traumhafte Abwehrbewegungen und stößt von Zeit zu Zeit ein langgezogenes klagendes Brummen, oder vielleicht besser gesagt, tierisches Heulen aus. Auf alle möglichen Reize reagiert Patientin durch weinende oder lachende Mimik. Aufforderungen, wie Händgeben, Augenschließen, Handhochhalten werden befolgt. Aus mehreren Gegenständen werden prompt die richtigen ausgesucht.

Sprachliche Reaktionen fehlen vollkommen und werden durch ein vollständig unartikulierte Brummen ersetzt. Desgleichen fehlt jeder Versuch, sich durch Mimik oder Gestik verständlich zu machen; Prüfung auf Asymbolie ist infolge der herabgesetzten Spontaneität nicht eindeutig möglich.

11. April. Auf Aufforderungen nach r. zu schauen, bewegen sich die bulbi nicht oder nach l.; mitunter leichte Kopfbewegungen. Patientin ist sichtlich bemüht, der Aufforderung nachzukommen. Der Aufforderung, den vorgezeigten Gegenstand zu fixieren, kommt sie nach, jedoch kann sie demselben mit den Augen nach r. nicht folgen, sondern blickt dann nach l. Die Bewegungen der Extremitäten sind stark verlangsamt; bei rascheren Bewegungen derselben spannen sich sofort die Antagonisten, besonders sind die Schultergürtelmuskeln rigide; die gestern beobachtete Equinusstellung auch heute vorhanden, Zehen noch mehr dorsal flektiert, besonders die große beiderseitig. Beim Gange leichte Parese des r. Beines. Hemianopie nach r. hin ist auszuschließen.

Patientin ergreift mit der r. Hand einen Wasserbecher, führt ihn zum Mund, allerdings unter ataktisch-paretischen Bewegungen (der r. Hand). Schlucken erfolgt unter schmatzenden Bewegungen; Verschlucken! Beim Gehen sind Kopf und Augen nach l. gedreht, Inervation nach r. bedeutend erschwert. Keine Asymbolie! Augenspiegelbefund normal.

13. April. Bulbi stehen gewöhnlich nach l. gerichtet, und bewegen sich nach r. nur bis zur Mittellinie. Die Facialisparesie und die Stellung der Füße und Zehen ist weniger ausgesprochen, wie bei der letzten Beobachtung.

Keinerlei Verständigungsversuche durch Gesten. Zwangs-

mimik. Die mimischen Äußerungen stehen der Art nach in der Mitte zwischen Weinen und Lachen und haben etwas ungemein monotones. Häufig beginnt Patientin zu lachen und geht ohne äußeren Grund zum Weinen über.

14. April. Aufgeregt, beginnt Patientin zu weinen, bald stellt sich eine stereotype Haltung ein, der Kopf um etwa 45^0 nach l. gegreht, die bulbi bewegen sich dabei nur in der l. Hälfte des Gesichtsfeldes; der r. stehende Arzt wird nicht beobachtet; Pat. folgt den Vorgängen, die sich in ihrer l. Gesichtshälfte abspielen, entschieden mit mehr Aufmerksamkeit. Nach r. hin wird erst nach einiger Zeit der Kopf gewendet; auch dann stehen die bulbi meist nach l. verschoben.

Angerufen, tonloses Lachen, an welchem vorwiegend die l. Gesichtshälfte beteiligt ist. Auch beim Weinen ist der Ausdruck des Gesichtes vorwiegend l. ausgeprägt; nach Aufhören des Lachens bleibt die l. Gesichtshälfte noch lange in derselben Stellung. Einfache Tamtamschläge bringen ruckweise Kopfbewegungen nach r., langsam und unkoordiniert, zustande. Lokalisation des Schalles eine richtige. Im Bett liegt Patientin immer auf der r. Seite und hat dabei Kopf und Augen nach l. gedreht; nach r. gehaltenen Gegenständen kann sie nicht folgen.

Die Zunge wird nach r., aber kaum über den Lippenrand vorgestreckt; das Schlucken ist in hohem Maße ungenügend; bei vorgezeigten Gegenständen in der r. Gesichtshälfte fixiert sie richtig, auch vermag sie den Gegenstand mit dem vorgesagten Wort zu identifizieren. Spätere Identifikationen gelingen nicht. Sie kommt geschriebenen Aufforderungen nicht nach; befragt, ob sie das Geschriebene verstanden habe, scheint sie durch Kopfbewegungen zu verneinen (?). Bei Zugreifen von Gegenständen ist r. deutliche Parese und Ataxie nachweisbar; in vermindertem Maße auch l. P. S. R. beiderseits sehr lebhaft. Während des ruhigen Daliegens werden die sonst dorsal flektierten Zehen gebeugt. Die Bauchhautreflexe scheinen zu fehlen.

15. April. R. Schulter hängt herab; Gang spastisch; r. Lidspalte weiter als l.

20. April. Incontinentia urinae. Schwanken nach r.; beim Gehen wird der linke Arm als Stütze benutzt; der r. Fuß schwächer, es wird aber auch der l. am Boden geschleift. Beständige Zwangsmimik, halb lachend, halb weinend.

Herzdämpfung zwei Querfinger außer der Mamillarlinie nach l. An der Spitze Töne kaum hörbar, Herztöne fast rein. Passive Bewegungen, besonders auf der l. Seite stossen auf einen lebhaften passiven Widerstand unwillkürlicher Art. Tricepsreflexe gesteigert. Schlucken heute leichter. P. S. R. klonisch gesteigert, kein Fußklonus.

Im Urin kein Eiweis, kein Zucker.

21. April. Der Anblick des Arztes löst minutenlanges, lautes, monotones Zwangslachen aus, das dann plötzlich in Weinen übergeht.

Augenhintergrund frei.

27. April. Status idem, nur erscheint das Lachen, bevor es zum Zwangslachen übergeht, etwas ausdrucksvoller.

28. April. Gang immer r. typisch hemiplegisch; Mimik immer zwangsweise. Pupillen enge; reagieren. Es besteht Haltung des Kopfes nach l.

3. Mai. Aufgefordert, Gegenstände zu zeigen, geschieht dies prompt, auch dann, wenn zur Identifikation derselben relativ höhere kortikale Arbeit erforderlich, z. B. Zeigen des Visitmantels, des Kruzifix im Zimmer. Sprachliche Reaktionen erfolgen keine. Auch fällt es auf, daß Patientin auffallend wenig nach den Gegenständen, die sie zeigt, hinschaut. Das Zwangslachen und Weinen als unvermeidliche Reaktion auf Ansprechen, Fragen etc. besteht fort.

8. Mai. Facialisparese gebessert, Zunge kann nicht gut vorgestreckt werden.

15. Mai. Motorisch aphatisch; vermag nur einzelne vollkommen unartikulierte Affektlaute zu produzieren. Sprachverständnis, soweit prüfbar, intakt; Nachsprechen unmöglich. Schreiben und Schriftverständnis erloschen.

Erkennt optische und akustische Reize und bezügliche Gegenstände zum Gebrauch.

An den oberen Extremitäten vorwiegend apraktische Störung; geringe Parese.

Sehr häufiges Auftreten der mimischen Zwangsbewegungen. Paretisch-ataktischer Gang, überwiegende Parese der r. Kopfseite inkl. Facialis und Hypoglossus.

Schwere Parese der Zunge für alle willkürlichen und automatischen Bewegungen.

Oberflächensensibilität — soweit prüfbar, was nur in einzelnen Augenblicken durch Zufall möglich ist — nicht gröber gestört.

Tiefe Sensibilität nicht prüfbar, desgleichen keine sicheren Resultate über die Stereognose; keine Hemianopie; äußerst mangelhafte Fixation von Gegenständen. Ergreifen derselben geschieht meist ziemlich ataktisch-paretisch, manchmal ziemlich geschickt.

16. Juni. Patientin liegt durchwegs auf der r. Seite; jeder passiven Lageveränderung setzt sie großen Widerstand entgegen; ist teilnahmslos gegen ihre Umgebung. Retraktion der oberen Lider.

17. Juni. An beiden Armen eine ausgesprochene Beugekontraktur. Bei irgend welchen Fragen und sonstigen Reizen erfolgt tränenloses Weinen. Bei ruhender Mimik besteht hochgradige Retraktion des oberen Lides und Querrunzlung der Stirne. Ungemeine Bewegungsarmut. Auch wird der Orbicularis mit dem Depressor narium zu gleicher Zeit innerviert.

10. Juli. Spontan, sowie als Reaktion auf fast jeden Reiz, vor allem auf Aufforderungen tritt zwangsmäßig das für Patientin typische langgezogene monotone Heulen auf. Dabei wird der Mund weit geöffnet, und die Mundspalte ad maximum in die Breite gezerrt. Die Mimik ist vollkommen monoton.

Willkürliche Bewegungen geschehen auffallend mangelhaft, fast apraktisch, so daß z. B. bei der Aufforderung, einen Gegenstand im Zimmer zu zeigen, schwer entschieden werden kann, ob Patientin wirklich das richtige meint.

Eindeutig wird nur „Fenster“, „Türe“ (nach vorne bzw. rückwärts) gezeigt, entsprechend der Lage der Patientin, so daß diesbezüglich richtige Orientiertheit vorausgesetzt werden kann.

1. Oktober. Es besteht völlige Dissoziation der bulbi.

22. Oktober. Sich selbst überlassen, liegt Patientin sehr bewegungsarm mit offenen Augen, den Blick vom Arzt weg, gegen die Wand gerichtet. Spontan mehrfaches tiefes Seufzen und Anziehen der Hände gegen die Brust. Dann intendiert Patientin ersichtlich eine größere Bewegung und zwar anscheinend Körperdrehung von der Wand weg; die Bewegung kommt nicht zustande, dagegen tritt leises dumpfes Stöhnen nach Art eines Gebrummtes ein.

Auf Anrufen des Namens versucht Patientin mehrmals einzustellen, kommt aber über einige zuckende Bewegungen der bulbi nicht hinaus und stößt dann den für sie charakteristischen heulenden Laut aus.

Darbieten der Hand: die Heullaute treten mit verstärkter Intensität auf, sonst keine Reaktionen.

Plötzliche Belichtung: Dumpfes Murren.

Annäherung einer Flamme an das Gesicht: Starke Heullaute, Zukneifen der Augen, leichtes Abweichen des Kopfes.

Zudecken des entblößten Körpers: Starke Heullaute.

Nadelstiche in den r. Unterarm: Prompter Heullaut, initial kleinster Fluchtreflex, dann keine zweckmäßige Fluchtbewegung mehr.

Nadelstiche in das r. Bein: Prompter Heullaut und zuckendes Erheben der Fußspitze.

Nadelstich in das l. Bein: Rudimentäre Fluchtbewegung mit dem r. Bein, das l. bleibt bewegungslos, dabei Heullaute.

Vorhalten eines Gegenstandes (Nadel): Starkes Heulen, Abwenden des Kopfes.

Gegenstand vorgehalten mit Aufforderung, ihn zu ergreifen: Sehr starkes Heulen, keinerlei Intensionsversuche.

Aufforderung, bestimmte Gegenstände zu zeigen (Sprachverständnisprüfung): Im Gegensatz zu früheren Perioden erfolgt keinerlei Reaktion mehr, aus der auf Verständnis geschlossen werden könnte.

Patientin ist hochgradig abgemagert, Gesicht cynotisch; r. Mundfacialis stark paretisch. Gaumensegel wird in größtem Ausmaße gehoben. Stirnfacialis symmetrisch. Ob Augenmuskelerkrankungen bestehen, kann nicht entschieden werden.

Kopf habituell nach l. gedreht, kann aber stark nach r. bewegt werden. R. Arm ist so gebeugt, daß die Hand in der Claviculagegend liegt. An der r. oberen Extremität wird keine spontane Inervation beobachtet. Die l. Hand und inkl. Unterarm in fortwährender krabbelnder Bewegung und mit Manipulationen jeglicher Art beschäftigt, wie Zupfen an der Decke, am Hemd etc. Es besteht auch linksseits eine Tendenz zum vorwiegenden Einhalten, der früheren, für den rechten Arm beschriebenen Lage als Normalstellung, von der aus die verschiedenen Bewegungen immer wieder ihren Ausgang nehmen.

Der Ablauf dieser Bewegungen ist ungemein stereotyp und beschränkt sich auf ein fortwährendes Auf- und Abziehen der Decke. Die einzelnen Bewegungskomponenten sind ausgesprochen unbeholfen und die gesamte Motilität des l. Armes erweist den Eindruck einer leichten motorischen Apraxie. Dem Versuch, die l. Hand passiv zu bewegen, setzt Patientin starken Negativismus entgegen.

Eine in ihre l. Hand gezwängte silberne Tabatiere behält sie in der Hand, führt sie dann in den Mund und kaut daran. Später legt sie die Tabatiere auf die Bettdecke. Diese Handlungsweise kann mehreremale nacheinander ausgelöst werden und zeigt Patientin als asymbolisch. Die Beine sind stark an den Leib gezogen und im Knie gebeugt; der Versuch zu passiver Extension begegnet leichtem muskulären Widerstand.

P. S. R. lebhaft, l. stärker als r.

Plantarreflex lebhaft, r. weiter als l., dabei prompte Fluchtbewegungen. Die Spontanbewegungen beider Beine haben einen deutlichen apraktischen Charakter.

In toto ist Patientin vollkommen hilflos, sie ist unfähig, sich selbst zudecken, wenn sie entblößt ist und ähnliche Korrekturen vorzunehmen, obwohl sich ihre Unlust durch exzessives Heulen manifestiert. Im Vergleiche zum Ausmaß der wirklichen Paresen erscheint dieses Verhalten als begründet durch Apraxie.

Die Spontanbewegungen der l. Hand erinnern ungemein an die motorischen Äußerungen bei deliranten Zuständen.

29. Oktober. Andauernd Status idem. Patientin reagiert bei Beschäftigung mit ihrer Person nur mit ganz monotonem Weinen ohne Tränen, das sehr dem Gähnen gleicht.

Seit gestern Temperatursteigerung über 39°. Decubitus.

Rapide Abmagerung. Das r. Bein in Beugekontraktur bis an den Unterleib hochgezogen.

Über der Lunge leichte Rasselgeräusche.

10. November. Patientin liegt beständig Kopf und Blick forciert nach l. gewendet, auf Anruf nicht zugänglich, die l. Stirne sehr stark, die r. nahezu völlig verstrichen. Die l. Nasolabialfalte etwas tiefer als r.; erst bei längerem Anrufen beginnt die krampfhaft Mimik mit dem eintönigen Heulen, wobei beide Gesichtshälften ausgeglichen werden. Mitunter automatisches Öffnen und Schließen des Mundes. Bemerkenswert ist, das während des Schreiens der Kopf nach l. gedreht wird. Der r. Arm ist spitzwinklig im Ellbogengelenk nach oben gebeugt, auch das r. Bein ist stark im Kniegelenk flektiert. Gestellten Aufforderungen kommt Patientin nicht nach. Bei aktiver Reizung erfolgt stets eintönig das Zwangsheulen. Seit Monaten wurde Patientin nicht lachend gesehen, sondern nur ein Schwanken zwischen apathischem Gesichtsausdruck und lebhaftem Weinen. —

Beim Reizen der Nasenschleimhaut erfolgen geringe Abwehrbewegungen.

sch selbst überlassen steckt sie die Hand oder Gegenstände in den Mund und saugt nach Kinderart daran.

Während des unstillbaren Schreiens besteht die exquisite Miene des Leinens ohne Tränen.

Pupillen reagieren.

17. November. Prosterniert, zunehmende Schwäche. Temperaturerhöhung, frequentere Atmung. Sensorium stärker benommen, Schlucken bedeutend erschlechtert. Decubitus schlimmer.

19. November gestorben.

Der makroskopische Befund bei der Obduktion ergab Herde in den basalen Ganglien, besonders in den Thalami und einen großen Herd in der linken Hemisphäre, welcher Rinde und Mark der Insel weitgehend zerstört hatte, sich bis in die Marksubstanz des l. Schläfe- und Hinterhauptslappen vorschob, das Gebiet der inneren Kapell erreichte und mit den Herden in den basalen Ganglien in Verbindung stand.

Dieser Fall ist durch die besondere Prägnanz und Vollständigkeit gewisser Ausfallssymptome besonders instruktiv. Das Sprachvermögen war vom Anfang an vollkommen aufgehoben, so daß aber auch keine einzige Silbe erhalten war; das Wortverständnis war intakt, bis die terminale Trübung des Sensoriums eingetreten war. Lesen und Schreiben wurde nicht geleistet. Asymbolie ist erst sub finem aufgetreten und war zur Zeit der hier interessierenden Beobachtungen auch nicht andeutungsweise vorhanden. — Die Mimik war auf einen einzigen vollständig monotonen stereotypen Akt reduziert, welcher anfangs etwa die Mitte zwischen ausdruckslosem Lachen und Weinen hielt und später in einem maximalen Aufreißen des Mundes mit gleichzeitigem Ausstoßen eines langgezogen, an tierisches Heulen erinnernden Lautes bestand. Das Verständnis für Gebärden wurde leider nicht besonders geprüft. Der spontane Gebrauch von Gebärdenzeichen war absolut aufgehoben. Was die Symptome dieses Falles betrifft, so ist die Zwangsmimik auf die Thalamuserstörung zurückzuführen, und ist daher von den Großhirnerscheinungen abzuschneiden. Die totale motorische Aphasie ist durch die weitgreifenden Inselherde erklärt.

Was uns hier interessiert, ist die vollkommene Aufhebung aller Spontangebärden, und zwar muß besonders hervorgehoben werden, daß dieselbe durch lange Zeit zu den Störungen der Motilität in gar keinem Verhältnisse stand und daher nicht

etwa von der allgemeinen motorischen Hilflosigkeit abgeleitet werden kann, welche erst in späteren Stadien einen höheren Grad erreichte.

Das einzige Zeichen irgend eines Verständnisses, welches von der Pat. jemals erlangt werden konnte, war das einfache Hinweisen auf irgend einen Gegenstand. Niemals hat die Pat. versucht, etwa einen Wunsch durch ein Zeichen auszudrücken: auch die rein hinweisende Gebärde erfolgte nur auf ausdrückliche Aufforderung, auf einen mit Worten bezeichneten Gegenstand hinzuweisen; spontan hat sich Pat. auch dieser Gebärde nicht ein einzigesmal bedient. Auf die Schmerzen vom Decubitus, die unangenehmen Sensationen durch Verunreinigung des Bettes z. B. hat Pat. immer nur mit verstärkten Heullauten reagiert, deren Grund natürlich sehr oft durch längere Zeit unverstanden blieb; sie hat aber niemals versucht, durch die in diesem Fall vollkommen ausreichende Gebärde des Hinweisens auf die Ursache ihres Unbehagens aufmerksam zu machen, obwohl ihr gerade die hinweisende Gebärde, bei ausdrücklicher Aufforderung hierzu, zur Verfügung stand.

Die biologische Korrektur für die Unfähigkeit, sich sprachlich oder schriftlich zu verständigen, war also ausgeschaltet. Als besonders wichtig erscheint dabei, daß die Korrektur durch Gebärdensprache niemals spontan geleistet wurde, während eine, wenn auch höchst geringe Korrektur — das Hinweisen — auf ausdrückliche Aufforderung geleistet werden konnte. Wir nähern uns dem Kernpunkt unseres Problems, wenn wir versuchen, diese eigentümliche klinische Beobachtung durch psychologische Interpretation faßbar zu machen.

Beim Versuch, sich gewissermaßen in die einschlägigen inneren Vorgänge der Kranken hineinzudenken, ersteht sofort die Frage: warum sucht die Pat. den Ausfall der Möglichkeit, sich auf dem gewöhnlichen Wege verständlich zu machen, nicht durch die Leistungen solcher Systeme zu ersetzen, welche von der Herderkrankung verschont und ganz oder wenigstens in weitgehendem Maße leistungsfähig geblieben sind? Warum also ist die biologische Korrektur für die Sprachstörung ausgeblieben? Diese Frage führt uns unmittelbar zu der anderen: In welcher

Abhängigkeit steht die Gebärdensprache von der (inneren) Lautsprache?

Über diese Beziehung äußert *Mazurkiewicz* zweifellos mit Recht: „Die Gebärden stellen keine neuen Wortkomponenten dar, sie haben an und für sich mit dem Worte nichts zu tun“. Zur Erklärung der von ihm klinisch beobachteten Koinzidenz von Störungen dieser beiden disparaten Ausdrucksformen nimmt *Mazurkiewicz* eine Art kausaler Abhängigkeit der Gebärdensprache von der inneren Lautsprache an. Er sagt:

„Die primitiven Ausdrucksformen (hier Gebärdenzeichen) scheinen also beim sprechenden Menschen so weit von dem Wortapparat abhängig zu sein — müssen vielleicht früher in Wortbegriffe übersetzt werden, um zum Verständnisse zu gelangen — daß usw. . . .“

Dieser Erklärung kann ich nicht beitreten. Die genaue Selbstbeobachtung zeigt die weitgehende Unabhängigkeit der Gebärde von der inneren Lautsprache. Der Gesunde wird dort, wo er mangels Sprachkenntnis nicht verstanden wird, sofort die Gebärde anwenden, ohne sich auch nur ein Wort innerlich vorzusagen. Auch dort, wo dem Gesunden ein sprachlicher Ausdruck, z. B. ein neuer Terminus für einen neuen Begriff entfallen ist, wird er ohne weiteres irgend eine Gebärde zum Ersatz zur Verfügung haben. In vielen Fällen hilft gerade die Gebärde das verschollene Wortbild wiederfinden. Man denke ferner an die ursprüngliche Bedeutung der Gebärdenzeichen: *Mazurkiewicz* weist mit Recht darauf hin, daß die Gebärden eine Nachahmung der gemeinten körperlichen oder Bewegungsform darstellt, er stellt daher berechtigter Weise die Gebärden mit den onomatopoëtischen Lautzeichen als primitive Ausdrucksformen zusammen, und weist auf das Moment der Nachahmung ausdrücklich hin. Aus diesem Moment der Nachahmung geht aber gerade hervor, daß die Gebärde eine viel nähere Assoziation zum vorgestellten Objekte besitzt, als zum konventionellen Wortzeichen. Die Annahme eines Umweges über das Wortzeichen erscheint dieser Betrachtung gegenüber fast als undenkbar.

Am wenigsten aber ist der Umweg über eine Wortvorstellung für die hinweisende Gebärde anzunehmen; bekanntlich benützen

kleine Kinder die hinweisende Gebärde lang vor **Entwickeln** einer irgendwie in Betracht kommenden Lautsprache, namentlich zur Ausdrückung eines Wunsches, z. B. Begehren.

Wir sehen uns also genötigt, die Möglichkeit eines **Abhängigseins** der Gebärdenzeichen vom inneren **Erklingenlassen** des Wortes abzuweisen; während z. B. die Schreibfähigkeit natürlich in direkter kausaler Abhängigkeit von der inneren **Lautsprache** gedacht werden muß, läßt sich ein ähnliches Verhältnis für die Beziehungen der Gebärdenzeichen zur inneren Sprache **nicht** konstruieren.

Da nun die Erfahrung lehrt, daß die **Möglichkeit der Koinzidenz** von Störungen der Lautsprache und Störungen der Gebärdensprache durch Einen Herd eine klinische Tatsache ist, sind wir gezwungen, diese beiden Störungen als **koordinierte Folgen** Eines gemeinsamen krankhaften Prozesses anzunehmen und müssen postulieren, daß durch Störungen eines **lokalisierbaren Hirngebietes** eine psychische Funktion in Wegfall kommen kann, von deren Erhaltensein die Integrität der Lautsprache und der Gebärdensprache in gleicher Weise abhängig ist.

Ins Psychologische übersetzt bedeutet das Postulat: Es muß eine psychologische Funktion geben, welcher Lautsprache und Gebärdensprache in gleicher Weise untergeordnet sind und deren Intaktheit durch Herde im sog. Sprachgebiet versehrt werden kann.

Von dieser Funktion — so müssen wir sagen — muß die Lautsprache und die Gebärdensprache in einem sowohl **physiologischen** als auch **psychologisch konstruierbaren** Verhältnisse abhängig sein. Diese Forderung ergibt sich aus der **Identität** des Physiologischen und Psychischen, dem **Ausgangspunkt** für das Verständnis der biologischen Probleme.

In gleichem Sinne haben wir vorhin den Satz formuliert: Die Störungen der Selbstwahrnehmung fallen zusammen mit den Störungen der biologischen Selbstkorrektur.

Auch hier ist die Identität des Objektiven und Subjektiven der Ausgangspunkt.

Als Bedingung für Selbstwahrnehmung und Selbstkorrektur haben wir die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen dem defekten und dem ehemaligen psychischen Zustand gesehen.

Die Möglichkeit eines solchen Vergleiches entscheidet auch bei den Aphasien über die jeweilige Möglichkeit einer Selbstwahrnehmung und Selbstkorrektur.

Wir haben weiterhin konstatiert, daß bei den Aphasien die biologische Korrektur durch die Gebärdensprache geleistet wird.

Es ergibt sich die Notwendigkeit, einerseits die psychische Funktion zu finden, von deren Integrität die Lautsprache und die Gebärdensprache psychologisch in gleicher Weise abhängig sind und andererseits die psychische Funktion, von deren Integrität im Falle zentraler Sprachstörungen die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen dem defekten und dem ehemaligen Zustand und damit die Möglichkeit einer Selbstwahrnehmung und biologischen Selbstkorrektur abhängig ist. Versuchen wir, die Störungen der Selbstwahrnehmung bei Aphasien psychologisch deutbar zu machen.

Wir haben früher darauf hingewiesen, daß zwischen diesen Schädigungen und den adäquaten zentralen Defekten einfacher Sinneswahrnehmungen ein Unterschied insofern besteht, als es sich bei diesen um die Möglichkeit des „Vergessens“ einfacher unvergleichbarer Wahrnehmungsvorgänge handelt, bei den Aphasien dagegen um ein „Vergessen“ auf früher vorhandengewesene zusammenfassende Leistungen. Als Beispiel diene die Störung der Selbstwahrnehmung bei sensorisch Aphasischen. In schweren Fällen beobachtet man häufig, daß der Patient keinerlei Versuch macht, sich mit dem Examinierenden in Kontakt zu setzen, daß er auf Fragen mit beliebigen paraphatischen Redewendungen antwortet, ohne die Frage verstanden zu haben, daß er endlich niemals Wiederholungen der Frage provoziert. Bei den entsprechenden Fällen *Antons* kann dies zum Teil als durch die zentrale Taubheit bedingt angesehen werden, beim Gros der sensorisch Aphasischen aber, wo direkte Störungen elementarer Sinnesmechanismen fehlen, sind wir gezwungen die Schädigung einer höheren assoziativen Leistung vorauszusetzen. Es deckt sich dies mit folgender psychologischer Erwägung:

Wenn ein Gesunder in einer ihm fremden Sprache angesprochen wird, so ist ein Verständnis für das Gesprochene mindestens ebenso wenig vorhanden, wie beim sensorisch Aphasischen. Setzen wir den Fall: Der Angeredete versteht und spricht diese fremde

Sprache nur ganz schlecht, so sind seine einschlägigen apperzeptiven und produktiven Leistungen etwa auf gleicher Höhe wie die der meisten sensorisch Apathischen. Das selbstverständliche Bestreben eines Gesunden wird in diesem Falle dahin gehen, verständlich zu machen, daß er nicht verstanden hat. Dabei sind aber weder die rein akustische Perzeption der Klänge, noch auch das Wortverständnis beim Gesunden in der bezeichneten Situation als besser anzusetzen, als durchschnittlich beim sensorisch Apathischen. Wir müssen fragen, warum bemerkt nun der Gesunde seinen (relativen) Sprachdefekt und viele Apathiker bemerken ihn nicht?

Die Vergleichsmomente, durch welche der Gesunde, wenn er angeredet wird, sein mangelndes Verständnis für eine fremde Sprache bemerkt, sind ihm durch die Erfahrung gegeben, daß der auf alle Sinnesporten einwirkende Reizkomplex, welcher beim Ansprechen gesetzt wird, eine ganz bestimmte und ihm jederzeit vorstellbare Bedeutung für seine Gesamtorientierung zur Außenwelt besitzt.

Die Notwendigkeit eines Vergleiches mit inneren Sprachbildern — also hier mit der eigenen Sprache — ist hierzu in keiner Weise erforderlich und nicht einmal denkbar, da ja das unverständene Klangbild zu keinerlei ihm bekannten Worten irgend eine Relation besitzt. Der Schluß, den der Gesunde in einer solchen Lage zieht, kann nur so verlaufen: Ich merke aus dem Anblick des mir gegenüberstehenden Sprechenden, aus seiner Mimik und Gestik und endlich aus dem, wenn auch unverständlichen Klang seines Redens, daß ich hier von irgend einem fremden Gedankengang in Kenntnis gesetzt werden soll. Ich weiß aus der Erfahrung, daß ich unter diesen Umständen etwas verstehen soll. Ich verstehe aber nichts. Also bin ich der Sprache nicht mächtig. Es muß dieselbe Schlußfolgerung sein, durch welche auch jene Apathiker, die Selbstwahrnehmung besitzen, zu dieser Selbstwahrnehmung gelangen. Wo beim Apathiker die Selbstwahrnehmung fehlt, da muß die Prämisse des bezeichneten Schlusses fehlen.

Diese Erwägungen werden auch durch einen Prüfungsversuch von *Anton* berührt und angeregt:

„Es wird dann der Versuch gewöhnlich so angestellt, daß

der Examinierende nahe vor dem Gesicht des Pat. zu ihm spricht, mit Deutung auf die Ohren; jedesmal beklagt sich dann Pat., daß die draußen so lärmten, daß mein sein eigenes Wort nicht verstehe, aber er höre ganz gut“.

Diese Prüfung auf Selbstwahrnehmung der akustischen Perzeption enthält implizite zugleich eine Prüfung, ob Pat. fähig ist, aus dem Reizkomplexe des Ansprechens — bei dem absolut tauben Pat. handelt es sich speziell um die optischen Reize — den Schluß zu ziehen, daß es sich um eine Verständigung handeln soll. Wie das Ergebnis des Versuches zeigt, ist es sogar dem zentral Tauben gelungen, das Moment der Verständigung allein aus den optischen Wahrnehmungen zu erschließen.

Das Auffallende an Störung der Selbstwahrnehmung, speziell bei sensorisch Aphatischen, liegt darin, daß Pat. durch den Anblick des Sprechens usw. nicht darauf aufmerksam wird, es werde von Seite des Sprechenden eine Verständigung angestrebt. Sobald unter solchen Umständen von Seite des Pat. keinerlei Tendenz besteht, zu verstehen, muß angenommen werden, daß überhaupt Sinn und Zweck des Begriffs „Verständigung“ für den Kranken unvorstellbar geworden sind. Für die Erklärung analoger Störungen der Selbstwahrnehmung bei motorisch Aphatischen muß dieses Postulat, den klinischen Erfahrungen (confer Fall Marie S.) entsprechend zur Annahme modifiziert werden, daß Sinn und Zweck des Begriffs Verständigung zwar auf den entsprechenden äußeren Reiz (Anreden, Aufforderung) hin, nicht aber spontan vorstellbar sein kann. —

Wir sind also durch die psychologische Erwägung zu dem Schlusse gelangt, daß die Vorstellbarkeit des Begriffs der Verständigung an sich jene gesuchte psychologische Funktion sein muß, von deren Integrität im Fall zentraler Sprachstörungen die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen dem defekten und dem ehemaligen Zustand, und damit die Möglichkeit einer Selbstwahrnehmung und biologischen Selbstkorrektur abhängig ist.

Wir haben des weiteren auf die frühere Darlegung zurückzugreifen, daß die biologische Selbstkorrektur bei zentralen Sprachstörungen durch die Gebärdensprache geleistet wird.

Die Zusammenlegung dieser Folgerungen führt uns zum Schlusse, daß der Begriff der Verständigung das psychische Moment darstellt, von dem aus sowohl die Selbstwahrnehmung einer inneren Sprachstörung, als auch die Tendenz und Fähigkeit zu seinem entsprechenden Ersatz durch Geberdensprache psychologisch ableitbar sind. —

Wir befinden uns damit in voller Übereinstimmung mit den klinischen Erfahrungen unseres Falles Marie S. Wir haben an diesem Fall von motorischer Aphasie gesehen, daß die Gebärdensprache überhaupt bis auf die einfache hinweisende Geste, die spontane Gebärdensprache aber vollständig aufgehoben war. Der Ausfall der Gebärden ist von der Annahme, daß der Begriff der Verständigung gestört gewesen sei, ohne weiteres psychologisch ableitbar; besonders instruktiv ist aber die Art des Vorkommens der hinweisenden Gebärde. Durch das Auftreten einer Geste auf verbale Aufforderung (nie mit Vormachen!) ist die Möglichkeit ausgeschlossen, als habe Pat. über diese Gebärde nicht verfügt. Die Tatsache aber, daß die hinweisende Geste niemals spontan gebraucht wurde, kann unter diesen Umständen nur so gedeutet werden, daß ein Motiv zu derselben spontan nicht vorstellbar war. Motiv der Gebärdensprache ist die Tendenz zur Verständigung; wir sind also zu dem früher bei den einschlägigen Fällen von motorischer Aphasie bezeichneten Postulat gelangt, daß der Begriff der Verständigung zwar durch die entsprechenden äußeren Reize ganz oder teilweise anregbar, spontan aber unvorstellbar sein muß.

Wir wiederholen also das Ergebnis, daß jene dritte gemeinsame Ursache, auf welche die Störungen der biologisch korrigierbaren Gebärdensprache zurückzuführen sind, daß jene gemeinsame Ursache in einer Störung der Vorstellbarkeit des Begriffes Verständigung und ihren psychologischen Konsequenzen zu suchen ist.

Aus den Abstufungen im Grad der Störung des Begriffes „Verständigung“ und aus der Verschiedenheit sowohl der möglichen aphatischen Läsionen, als auch der Individualverschiedenheiten in der Kompensation einer inneren Sprachstörung ergibt

sich ohne weiters, daß die verschiedensten Nuancen auch in den Konsequenzen von Schädigungen des Begriffes „Verständigung“ und in den gegenseitigen Relationen dieser Konsequenzen unter sich postuliert werden müssen. Schon der Umstand, daß bei motorischen Aphasien der Begriff der Verständigung spontan unvorstellbar, reaktiv aber vorstellbar wird, ergibt einen sehr ungleichen Grad der Selbstwahrnehmungsstörung einerseits und der biologischen Korrektur durch die Gebärden anderseits. Denn die durch das Sprachverständnis immer wieder herstellbare Bezugnahme zu den Personen der Umgebung resp. der vom sensorischen Sprachzentrum aus immer wieder vorstellbar gemachte Begriff der Verständigung gibt dem motorisch Aphasischen fast immer Material zur Gewinnung eines gewissen Grades von Selbstwahrnehmung. Andererseits aber verhindert der Wegfall der spontanen Vorstellbarkeit des Begriffes „Verständigung“ die Tendenz und Möglichkeit zu einer ausgiebigen Selbstkorrektur. Wenn wir auch aus der Identität des Psychologischen und Physiologischen folgern müssen, daß Selbstwahrnehmung und bewußte Selbstkorrektur in jedem einzelnen Momente stets übereinstimmen müssen, so ergibt sich doch aus dem oben Gesagten, daß unter gewissen Bedingungen die eine Seite der Schädigung relativ mehr und die andere relativ weniger nach außen hin bemerkbar werden. Beim motorisch Aphasischen z. B. hebt der Examinierende durch den von ihm gesetzten Reiz auf das sensorische Sprachzentrum den Begriff der Verständigung zur Vorstellbarkeit und entdeckt nunmehr Äußerungen vorhandener Selbstwahrnehmung von Seiten des Kranken; zugleich aber bemerkt er die aus dem Ausfall der adäquaten spontanen Vorstellbarkeit resultierenden Defekte der spontanen Selbstkorrektur. So ergibt die Gesamtbetrachtung des Kranken einen scheinbaren graduellen Unterschied zwischen Selbstwahrnehmung und Korrektur durch Gebärdensprache. Es ist ferner zu bedenken, daß die Vorstellbarkeit von Zweck und Sinn der Verständigung die entsprechenden Ausdrucksformen nicht nur anregt, sondern auch reguliert. Bei nicht ganz vollkommener Schädigung dieses anregenden und regulierenden Momentes ergibt sich bei unseren Aphasiefällen als Resultat eine zwar intendierte, aber schlecht regulierte

biologische Korrektur. Die Intendierung der Korrektur entspricht dann einer mehr oder minder deutlichen Selbstwahrnehmung, die mangelhafte Regulation aber bedeutet eine Para-Funktion der korrigierenden Ersatzformen, in unseren Fällen also das Bestehen unzweckmäßiger, unverständlicher Gebärdenzeichen. Der Fall *Mazurkiewicz* I bietet ein gutes Beispiel einer solchen, von mangelhaften Vorstellungen über Sinn und Wesen der Verständigung fehlerhaft regulierten Gebärdensprache. —

Wir sind also von Erfahrungen und Eindrücken der Klinik aus und auf dem Wege psychologischer Interpretation zur Annahme gedrängt worden, daß bei einer Reihe — man wird wohl sagen dürfen bei allen schweren und umfassenden — inneren Sprachstörungen Begleiterscheinungen auftreten, welche nicht von der Sprachstörung an sich, sondern von einem gemeinsamen dritten Moment als Ursache ableitbar sind. Als diese gemeinsame Ursache haben wir psychologisch Störungen in der Vorstellbarkeit von Sinn und Zweck des Begriffes „Verständigung“ eruiert. Für dieses dritte Moment aber läßt sich keine weitere psychologische Ursache mehr konstruieren. Wir sind gezwungen, die Schädigung des Begriffes Verständigung als unmittelbar durch dieselbe anatomische Veränderung gesetzt zu betrachten, durch welche der aphasische Symptomenkomplex überhaupt gegeben wurde. Mit anderen Worten: Umfassende Läsionen in dem als Sprachfeld bezeichneten Hirnbezirke bedeuten nicht nur Schädigungen der inneren Lautsprache an sich, sondern sie alterieren auch die Vorstellbarkeit von Sinn und Wesen des Begriffes Verständigung.

Wir erinnern uns hier an die Ausführungen *Hartmanns*, daß auch die Funktionen des Sprachmechanismus ihren Ausdruck in der psychisch bedingten aktiven Beziehungnahme des Organismus zum Reizkomplexe der Außenwelt finden, und demnach den Charakter von echten Orientierungsleistungen besitzen. Gestützt auf diese Gedankengänge und unsere früheren Erwägungen gelangen wir zur Formulierung, daß die Vorstellbarkeit des Begriffes Verständigung, seine Anregbarkeit durch Reizkomplexe der Außenwelt und seine Funktion als Anregung und Regulierung zweckmäßiger entsprechender Reaktionen eine spezielle Komponente in

der Gesamtorientierung des Individuums bilden. Ich bezeichne diese spezifischen biologischen Leistungen, die sich uns introspektiv als Vorstellbarkeit von Sinn und Wesen der Verständigung manifestieren, als die signale Orientierung.¹⁾

Die Störungen der signalen Orientierung bestehen, wie soeben resumiert, bei Herderkrankungen desselben Hirnbezirkes, auf dessen Läsion die aphatischen Störungen erfahrungsgemäß beruhen. Wir sind zu der Annahme gedrängt, daß in diesem Hirnbezirk die höhere psychische Funktion, die wir als signale Orientierung bezeichnen, lokalisierbar sein muß.

Es ist nötig, hier eine Bemerkung über die viel umstrittene Frage nach dem Bestehen von „Zentren“ für psychische Funktionen einzuschalten.

Ich glaube, sagen zu dürfen, diese Frage wäre nicht ardent geworden, wenn nicht ein verhängnisvolles Mißverstehen sich eingeschlichen hätte, wenn man von jeher daran festgehalten hätte, den Sinn und Begriff „Zentrum“ wörtlich zu nehmen. Das Wort bedeutet „Mittelpunkt“ und im Festhalten am Sinn dieses Wortes liegt schon die Abweisung der Annahme begründet, als seien einzelne cerebrale Funktionen in ihrer Totalität an bestimmte Territorien gebunden.

Das „Zentrum“ im wörtlichen Sinne des Terminus bedeutet ein Gebiet, in welchem alle Bahnen zusammenlaufen, durch deren Funktion diverse Systeme zu synergetischer Tätigkeit im Sinne einer bestimmten biologischen Leistung in Aktion versetzt werden. An dieser wörtlichen Bedeutung des Ausdruckes soll hier festgehalten werden.

Im Einklang mit diesen Erwägungen über Zentrum und Lokalisation wollen wir die Auffassungen *Freuds* über den zentralen Sprachapparat zum Ausgangspunkt weiterer Konstruktionen machen. Er sagt: „Dann bleibt uns nur übrig, die Anschauung auszusprechen, daß das Sprachgebiet der Rinde ein zusammenhängender Rindenbezirk ist, innerhalb dessen die Assoziationen und Übertragungen, auf denen die Sprachfunktionen beruhen, in einer dem Verständnis nicht näher zu bringenden Kom-

1) Das Wort „signal“ in der Bedeutung: „auf die Verständigung bezüglich“.

pliziertheit vor sich gehen. . . . Die sogenannten Zentren der Sprache erscheinen als die Ecken des Sprachfeldes und es kommt in Betracht, an welche anderen Gebiete diese Zentren außen anstoßen. Die Broka'sche Stelle liegt in nächster Nachbarschaft der motorischen Zentren der Bulbärnerven. Die Wernicke'sche Stelle liegt in einem Gebiete, welches die Akustikusendigung enthält und das visuelle Zentrum stößt an die Stelle des Hinterhauptslappens, in denen wir die Endigung des nervus opticus suchen. Eine solche Anordnung erklärt sich uns folgendermaßen. Das Assoziationsgebiet der Sprache, in welches optische, akustische und motorische (oder kinästhetische) Elemente eingehen, breitet sich eben darum zwischen den Rindenfeldern dieser Sinnesnerven und den motorischen Rindenfeldern aus. Denken wir uns nun in diesem Assoziationsfeld eine Läsion verschiebbar, so wird dieselbe umsomehr¹⁾ Effekt machen. . . . je näher an eines dieser Rindenfelder sie heranrückt: stößt sie unmittelbar an eins dieser Rindenfelder an, so wird sie dem Assoziationsgebiet der Sprache einen Zufluss abschneiden, dem Sprachmechanismus wird das optische, akustische usw. Element fehlen. Verschiebt man die Läsion weiter ins Innere des Assoziationsfeldes, so wird ihr Effekt ein undeutlicher sein: keinesfalls wird sie alle Assoziationsmöglichkeiten von einer Art vernichten können. Auf diese Weise gewinnen die an die Rindenfelder des Opticus, Acusticus und der motorischen Hirnnerven anstoßenden Teile des Sprachfeldes die Bedeutung, welche zu ihrer Aufstellung als Zentren der Sprache geführt hat."

In diesen Gedankengängen ist klassisch ausgeführt, wie wir uns den Sprachmechanismus als Assoziationszentrum und das Bestehen von Zentren im Zentrum zu denken haben. Diese Auffassungsweise vermittelt die Übereinstimmung zwischen der Physiologie des Sprachmechanismus und dem biologischen Grundprinzip der Orientierung. Wir erinnern uns an die Ideen *Hartmanns*, daß der Apparat der Lautsprache aus einer assoziativen Synthese zwischen der motorischen Komponente des Lautapparates und der sensorischen des Hörapparates besteht. Fassen wir die physio-

1) Ich würde vorziehen, zu sagen: „einen umsomehr spezifischen.“

logischen und biologischen Erwägungen unter dem Gesichtspunkt der Orientierung zusammen, so ergibt sich uns die Formulierung:

Das Sprachfeld als Assoziationszentrum leistet die Zusammenfassung elementarer Orientierungssysteme zu einem höheren Orientierungsapparat.

Wir rechnen also mit dem Begriff eines zusammenfassenden Orientierungssystemes höherer Ordnung gegenüber den elementaren Orientierungssystemen, den Sinnesystemen.¹⁾ Diese letzteren fungieren als einheitliche Mechanismen durch die Einheitlichkeit der Sinnesqualität, in der sie orientieren.

Die Orientierungssysteme höherer Ordnung aber gewinnen ihren Charakter als einheitliche Systeme durch die Einheitlichkeit der biologischen Tendenz, der sie dienen.

Die Einheitlichkeit der biologischen Tendenz aber ist durch ihre einheitliche und besondere Bedeutung in der Gesamtorientierung des Individuums gegeben. Seinen Charakter als eigentliches Orientierungssystem gewinnt ein zusammenfassender Mechanismus durch seine Differenzierung als spezielle Konstituente der Gesamtorientierung. —

Der komplexe Mechanismus der Lautsprache in seiner Zusammensetzung aus der sensorischen Komponente des akustischen und der motorischen des Lautierungssystems ist an sich noch kein Orientierungsapparat, denn die primäre Funktion eines Orientierungssystems ist Einstellung auf einen Reiz. Dies geschieht für das einzelne Sinnessystem durch die dem Sinnesorgan selbst beigeordnete motorische Komponente, durch die das Sinnesorgan selbst orientierende Muskulatur.

Beim Laut-Sprachapparat als komplexem Mechanismus gehört die motorische Komponente einem andern Sinnessystem an, als die sensorische. Durch diese motorische Komponente (Sprachmuskulatur) kann keine Einstellung des perzipierenden Organs auf den Reiz, kann also keine primäre Orientierungsfunktion er-

1) „Sinnessystem“ im Sinne *Hartmanns*, d. h. mit Einbeziehung der beigeordneten Motilität.

folgen. Die elementare (ursprüngliche) Tätigkeit des kombinierten Reizreaktionsapparates im Mechanismus der Lautsprache ist nicht Reizeinstellung, sondern Reiznachahmung.

Die Reiznachahmung wird mittelbar zu einer orientierenden Funktion, wenn sie in adäquater Weise der orientierenden Tätigkeit des gesamten zentralen Mechanismus untergeordnet und dienstbar gemacht wird. Die Nachahmung von Wortlauten bedeutet keine orientierende Leistung, ist an sich biologisch zwecklos; sie gewinnt ihre Bedeutung für die Gesamtorientierung durch Einschaltung in jenen Mechanismus, dessen Tätigkeit wir als signale Orientierung bezeichnet haben.

Auch die Gebärdensprache beruht auf Elementen der Reiznachahmung und hat sich, wie zuletzt *Mazurkiewicz* dargetan hat, aus Nachahmungen entwickelt; auch diese Reiznachahmungen werden durch ihre Einfügung in den Mechanismus der signalen Orientierung zu biologisch zweckmäßigen Orientierungsfunktionen.

Die Tatsache, daß sowohl ein psychologisch konstruierbarer als auch ein an den Herderkrankungen des sogenannten Sprachfeldes nachweisbarer lokalisatorischer Zusammenhang zwischen der Lautsprache und der Gebärdensprache und der Vorstellbarkeit der signalen Orientierungstendenzen besteht, berechtigt uns zu der Formulierung: Der als Sprachfeld¹⁾ bezeichnete Hirnbezirk dient nicht sowohl der Lautsprache allein, als überhaupt der Zusammenfassung reiznachahmender Automatismen zu jener höheren Orientierungsleistung, welche die Auffassung, Vorstellbarkeit und Weitervermittlung von Reizkomplexen aller Art zum Zweck der Verständigung repräsentiert und die wir signale Orientierung nennen. —

Ich habe seinerzeit²⁾ versucht, die Prinzipien des sozialen Zusammenhaltes aus der Biologie der Nachahmung abzuleiten. Ich bin davon ausgegangen, daß die Nachahmung des Verhaltens eines Individuums durch die benachbarten innerhalb einer Gruppe der primitivsten Form von Gemeinschaft zugrunde liegt: des Weiteren habe ich zu zeigen versucht, daß der Instinkt der Nachahmung

¹⁾ Im Sinne *Freuds*.

²⁾ Phyllognese der Ethik (Archiv für Kriminalistik usw.).

bei weiterer Differenzierung zur Einfühlung in die aus dem Verhalten erschießbaren psychischen Zustände Anderer sich verinnerlicht und so die Grundlage höherer sozialer Gefühle und Begriffe wird.

Hier ist die Nachahmungsfunktion als eine komplexe Leistung im höchsten Sinn, als eine Reaktion des Gesamtindividuum auf einen Reizkomplex zu denken. Diese zusammenfassende Leistung der Gesamtpsyché ist eo ipso ein Akt der Gesamtorientierung, eine echte Orientierungsleistung.

Die Nachahmung einfacher, nicht komplexer Reize wird aber erst durch ihre spezielle Zusammenfassung zu einer bestimmten biologischen Tendenz und Einordnung dieses Komplexes in die Gesamtorientierung zu einer orientierenden Funktion.

Die ontogenetische Entwicklung der Lautsprache macht es ersichtlich, wie auf diesem Wege über dem Automatismus des sinnlosen Nachsprechens der Aufbau einer wirklichen psychischen Orientierungsfähigkeit als Auffassen, Verstehen und zweckmäßiges Beantworten eines Reizkomplexes sich erhebt. —

Die Beziehungen des Zwischenhirnes zu den Gefühlsausdrücken und die bekannte Verwandtschaft, der wahrscheinliche entwicklungsgeschichtliche Zusammenhang der mimischen Tätigkeit mit Momenten der Einfühlung, der Nachahmung, verführen zur Hypothese, im Zwischenhirn einen phyllogenetisch älteren, subkortikalen Apparat für die Automatismen der einfachen Reiznachahmung, in dem der signalen Orientierung dienenden Großhirnbezirk aber sein kortikales Projektionsfeld zu vermuten, in welchem die subkortikal angeregten Automatismen der einfachen Reiznachahmung der kortikalen Hirntätigkeit vermittelt werden, und in dem sich über den einfachen Automatismen die komplexe Funktion der signalen Orientierung aufbaut.

Die Möglichkeit, das Zentrum der signalen Orientierung als Projektionsfeld eines subkortikalen, die einfachen Automatismen der Reiznachahmung vermittelnden und anregenden Mechanismus zu betrachten, — diese Möglichkeit würde uns die Annahme der Lokalisierbarkeit einer so hohen psychischen Funktion, wie der signalen Orientierung, einigermaßen verständlich machen.

Gesamtapparat der signalen Orientierung erschiene uns damit als ein Mechanismus, der die Leistungen Aller einzelnen elementaren Sinnessysteme in seinem subkortikalen Anteil zur automatischen Reiznachahmung, und in seinem kortikalen zur signalen Orientierung zusammenfaßt.

Wir gelangen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Summe aller Leistungen des Gesamtorganismus, die auf den gemeinsamen biologischen Zweck der Verständigung Bezug haben, ist eine spezifische, von einem besonderen System zusammengehaltene und regulierte Komponente der Orientierung. Die Fähigkeit, Verständigungsaktionen als solche zu verstehen, vorzustellen und zu produzieren, soll als signale Orientierung bezeichnet werden.

2. Der als Sprachfeld (im Sinne *Freuds*) bezeichnete Hirnbezirk ist als Zentrum der signalen Orientierung zu betrachten und dient nicht der Lautsprache allein, sondern leistet die Zusammenfassung Aller perzeptiven und reaktiven Fähigkeiten Aller Sinnessysteme, soweit dieselben auf die einheitliche biologische Tendenz der Verständigung Bezug haben.

3. Die gemeinsame Zentralisierung Aller Verständigungsmöglichkeiten bedingt die Störungen der Gebärdensprache bei ausgedehnten aphasischen Herderkrankungen.

4. Wo bei schweren Aphasien Störungen der Gebärdensprache vorkommen, erscheinen die Störungen der Lautsprache und die der Gebärdensprache als koordinierte Symptome einer Herderkrankung.

5. Die ausgedehnteren Schädigungen des Zentrums der signalen Orientierung alterieren alle psychischen Qualitäten, soweit dieselben auf das Moment der Verständigung Bezug haben.

6. Die Selbstwahrnehmung aphatischer Symptome ist abhängig von der Vorstellbarkeit der Verständigungsmomente überhaupt.

7. Es ist möglich, daß das Zentrum der signalen Orientierung als die kortikale Vertretung eines subkortikalen Apparates zu betrachten ist, von welchem letzterem die Anregung zu den Automatismen der Reiznachahmung angeregt wird, und daß es die Funktion des kortikalen Zentrums wäre, durch seine innigen Bezüge mit dem übrigen Kortex aus diesen Automatismen die signale Orientierung als Komponente der Gesamtorientierung herauszudifferenzieren.

Beitrag zum Studium über den Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung.¹⁾

Von

Reg.-Arzt Dr. O. Albrecht, Graz.

Neben der bereits ins Unübersehbare anwachsenden Kasuistik über Aphasie an sich ist die Zahl der Beobachtungen über den Zusammenhang von Geisteskrankheiten mit solchen Herderkrankungen des Gehirnes, deren Erscheinungen in den Bereich des aphasischen Symptomenkomplexes gehören, verschwindend klein. Diese Erkrankungen beanspruchen aber das größte Interesse, weil sie uns vielleicht einen Übergang von den anatomisch greifbaren Gehirnkrankheiten zu Allgemeinerkrankungen des Gehirns, deren pathologisch anatomische Deutung uns größtenteils fehlt — vergl. *Heilbronner*(1) — zu vermitteln imstande sind. Das Gebiet der hierhergehörigen Betrachtungen darf nicht zu enge gefaßt werden. Es gehören in dasselbe ebenso alle, auch geringen, psychischen Störungen der Aphasiker wie die Sprachstörungen der Geisteskranken.

Von allen Forschern, welche über Aphasie ausführlicher geschrieben haben, ist der Konnex von Sprechen und Denken, die selbstverständliche Voraussetzung des Zusammenhanges zwischen zentraler Sprach- und Denkstörung eingehend beleuchtet worden. Das Studium der Aphasie muß jeden aufmerksamen Beobachter zur Erkenntnis dieser Verbindung führen, denn jede Aphasie wird mit irgend einer Störung der Denktätigkeit einhergehen. Wenn

¹⁾ Aus der Klinik für Neurologie und Psychiatrie (Professor Anton) in Graz.

wir selbst den leichtesten Fall einer partiellen subkortikalen motorischen Aphasie annehmen, die sich in nichts anderem, als einer teilweisen Störung im Ausdrucksvermögen eines gesunden Denkens äußert, so kann doch auch diese Störung als ein Hindernis für den Kranken, gegen das er fortwährend kämpft oder durch die Ablenkungen, die es ihm verursacht, eine kontinuierliche Quelle von Unlustgefühlen und verschiedenartigen Affektbetonungen sein, welche seine Gesamtpsyche zu beeinflussen geeignet sind.

Vom Ausgangspunkte dieser geringfügigen Erscheinungen bis zu jenen schwersten Formen von Aphasie, die mit einer vollständigen Destruktion alles Denkens verbunden sind, muß es aber eine unzählbare Menge von Übergängen geben, welche eben imstande wären uns von dem einen Gebiete in das andere hinüberzuführen.

Wenn wir die große Zahl der hier in Frage kommenden klinischen Erscheinungen in Gruppen ordnen wollen um einen Überblick zu gewinnen, so werden wir drei Kombinationen unterscheiden können. Erstens: die Aphasie und die Psychose sind nebeneinander bestehende Symptomenbilder einer einzigen Erkrankung. Zweitens: die Aphasie ist aus einer Geisteskrankheit hervorgegangen. Drittens: die Psychose ist eine Folge der zuerst vorhandenen Aphasie.

Daß diese Einteilung nur einem augenblicklichen praktischen Bedürfnisse entspricht und keine scharfe Gliederung beabsichtigen kann, ist schon aus dem Grunde selbstverständlich, weil sie sich auf Grenzfälle erstreckt, deren Bewertung in verschiedener Beziehung strittig erscheint.

Über die erstgenannte Gruppe, welche gewiß die größte Zahl der einschlägigen Fälle umfaßt, möchte ich mich heute nicht weiter aussprechen, weil der Zusammenhang von Aphasie und Psychose bei einem Nebeneinander der Symptome meist ein zufälliger oder so lockerer ist, daß er uns derzeit noch zu keinen weiteren Schlußfolgerungen führen kann. Ich erwähne nur, daß hierher alle Fälle von Paralysis progressiva, von Epilepsie und Hysterie, von Entwicklungs- (Idiotie und Imbezillität) und Involutions- (Dementia senilis)erkrankungen, lokalen (Arteriosklerose) und allgemeinen (Anämie) Ernährungsstörungen usw. zu zählen sind, welche Symptome von Geisteskrankheit und von aphatischen

Störungen als gleichwertige Folgen der gemeinsamen Ursache zeigen.

Jeder Praktiker ist imstande, aus seiner Erfahrung zahlreiche Beispiele dieser Art anzuführen und die dazugehörige Literatur ist ebenso reich als bekannt.

Meynert (2) hat unter den Namen der pseudaphasischen Verwirrtheit ein Krankheitsbild beschrieben, welches an dieser Stelle erwähnt werden muß. Es handelt sich um halluzinatorische Verwirrtheit, welche mit amnestischer Aphasie kompliziert ist. *Fritsch* (3) sagt: „Für eine Anzahl dieser übrigens seltenen Krankheitsbilder pseudaphasischer Verwirrtheit sind wir auf Grund der klinischen Beobachtungen, insbesondere der Symptomenentwicklung im Verlaufsbilde des oft plötzlichen, insultartigen Beginnes auf heftige Gemütsbewegung hin etwa begleitender motorischen Störungen, vor allem aus der Koinzidenz mit Herzklappenfehlern wohl in der Lage, neben allgemeiner Herabsetzung der Hemisphärenleistung auf ein gleichzeitiges lokales Ergriffensein der der Sprachfunktion vorstehenden Rindengebiete zu schließen.“

Minder zahlreich ist Kasuistik der zweiten Gruppe. Die Tatsache, daß sich auf dem Boden einer bestehenden Psychose das Bild einer Aphasie entwickelt, ist einerseits nicht oft beobachtet worden und muß anderseits insofern mit einer gewissen Vorsicht beurteilt werden, als man in dem Bestreben, einen Kausalnexus zwischen den beiden Erscheinungen herzustellen, sehr leicht zu dem falschen Schlusse post hoc ergo propter hoc gebracht werden könnte. Überzeugend hat *Wernicke* diesen Kausalnexus in dem von ihm (4) und *Heilbronner* (5) mehrfach publizierten Fall einer Motilitätspsychose mit daraus entstandener transkortikaler motorischer Aphasie dargestellt. *Wernicke* (6) geht unter Anführung dieses Falles auch in seinem „Grundriß der Psychiatrie“ von dem Zusammenhange von Aphasie und Geistesstörung aus. Das erstere ist eine Herderkrankung. Geisteskrankheiten sind Allgemeinerkrankungen ohne Herdsymptome. Zwischen beiden finden sich Übergänge in der Art, daß transkortikale Aphasie und Geisteskrankheiten dieselben sprachlichen Symptome bieten können, aber dadurch zu unterscheiden sind, daß die Geisteskrankheit die Assoziationsbahnen

vereinzelt, mit individueller Auswahl befällt, die Herdkrankheit dagegen kompakte Massen davon vernichtet. Ausnahmsweise wird die Summation individuell erkrankter Bahnen denselben Effekt wie die Herderkrankungen bewirken und dann eine transkortikale Aphasie aus einer Geisteskrankheit hervorgehen.“ *Pick* (7) beschreibt eine bei einem senil dementen Manne aufgetretene Aphasie, die er von allen anderen die Dementia senilis begleitenden Aphasieformen, welche durch die Komplikation grober Herdläsionen bedingt sind, sondert. In diesem Falle, welchem aus der Literatur zwei gleichartige an die Seite gestellt werden, fand sich post mortem eine Atrophie des Gehirns ohne nachweisbare Herderkrankung. *Pick* betont im Gegensatze von *Wernicke*, welcher aussprach, daß die progressive Paralyse die einzige Geisteskrankheit ist, welche in ihrem Verlaufe zu kortikalen und subkortikalen Herderscheinungen führen kann und deshalb eine eigentümliche Mittelstellung zwischen Psychosen und organischen Gehirnkrankheiten einnimmt, daß „das gleiche auch von der Dementia senilis resp. der ihr zugrunde liegenden Hirnatrophie gilt, womit wieder ein Glied in der Kette der Erfolge jener Bestrebungen gegeben erscheint, die bemüht sind, Neuropathologie und Psychiatrie in immer engeren Konnex zu setzen“.

Klinke (8) beschreibt zwei Kranke, welche unter Wahnvorstellungen (eine: „die Zunge sei ihr herausgedreht worden“, eine andere: „sie habe keine Zunge mehr“) paraphatisch zu reden begannen. Die Sprachstörung entwickelte sich bei beiden allmählich. Weiter führt er noch einige Kranke an, welche unter der Zwangsvorstellung, Kinder zu sein, eine dem wahnhaften Alter entsprechende Sprache führten. Er bezieht diese den der ersten zwei Kranken ähnlichen Äußerungen im Sinne *Cramers* auf „Zwangsvorstellungen resp. halluzinatorische Erregungsvorgänge in der Bahn des Muskelsinnes des Sprechapparates“.

Bischoff (9) erzählt von einer 65 Jahre alten Patientin, daß sie mit den Erscheinungen einer sensorischen Aphasie zur Beobachtung kam, nachdem sie durch 14 Monate Symptome von melancholischer Verstimmung mit Neigung zu Selbstmord, Tobsuchtsanfälle und bei Zurückgehen der affektiven Zustände eine zunehmende Demenz gezeigt hatte.

Westphal (10) publizierte zwei Fälle von Aphasie, von denen einer, wie berichtet wird, mit dem vorerwähnten Falle von *Wernicke* und *Heilbronner* Ähnlichkeiten besitzt. Der andere ist ein dreißigjähriger Kranker, welcher an periodisch auftretenden Zuständen manischer Verwirrtheit leidet und während der Anfälle die Symptome einer amnestischen Aphasie bietet. *Westphal* „hebt hervor, daß diese Unfähigkeit, das innere Wort für einen Begriff zu finden wie schon *Lichtheim* angeführt hat, durchaus nicht immer Folge einer Herderkrankung des Gehirns zu sein braucht und auch nicht immer eine Erscheinung eigentlich aphatischer Natur, sondern häufig eine Teilerscheinung allgemeiner Gedächtnisschwäche ist, wie sie z. B. bei senilen Involutionsprozessen vorkommt (v. *Monakow*). Eine Herderkrankung des Gehirns oder größere anatomische Veränderungen desselben sind in dem vorliegenden Falle mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen“.

Bastian (11) bringt ebenfalls in einigen Krankengeschichten Bemerkungen über Geisteskrankheiten, welche den aphasischen Störungen vorausgegangen sind.

In allen diesen und noch manchen anderen Fällen, welche aus der Literatur herangezogen werden könnten, läßt sich irgend ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den einen und den anderen in dem Sinne, daß sich die Aphasie durch eine Vermehrung oder Steigerung oder bestimmte Lokalisation der die Psychose verursachenden Schädigungen entwickelt hat, dort, wo es nicht der Autor selbst getan hat, nachträglich wohl nirgends auch nur vermutungsweise herstellen, wenn auch Krankengeschichten, wie die *Klinkes* zu Hypothesen reizen. Da die Frage aber offen bleibt, ob und wie weit dies im einzelnen Falle möglich gewesen wäre, entsteht uns die Anregung, mit Rücksicht auf den bereits gelungenen Versuch diesen Betrachtungen näher zu treten, weiterhin vorkommende Fälle auch von diesem Standpunkte aus zu würdigen und eingehend zu untersuchen.

Die dritte Gruppe, nämlich die psychischen Erkrankungen infolge von Aphasie umfaßt wieder eine reiche Kasuistik.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Defektzustände, welche in direktem Zusammenhange mit den Ausfallerscheinungen auf dem Gebiete der Sprache stehen. *Vogt* (12)

hat auf die erhebliche Breite der individuellen Verschiedenheit aufmerksam gemacht, welche sich der Erörterung dieser Frage hindernd in den Weg stellt. Wir müssen nicht nur die Abhängigkeit vom sprachlichen oder vom begrifflichen Denken, sondern wesentlich auch die Art und den Grad der Entwicklung der Intelligenz einerseits und des Sprachausfalles anderseits in Rechnung ziehen. *Kussmaul* (13) sagt: „Eine Abschwächung erleidet die Intelligenz fast ausnahmslos bei ataktischer Aphasie, doch gehen beide Störungen einander nicht parallel und man wird schon deshalb gut tun, vorhandene Geistesschwäche nicht auf die Aphasie, sondern beide Störungen zusammen auf ein Drittes, die organische Hirnläsion zurückzuführen“. Ich glaube, daß man von der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, welche im Sinne *Kussmauls* beurteilt werden müssen, doch einige ausscheiden kann. Wir sind manchemal in der Lage z. B. bei Erkrankungen mit den Erscheinungen der Aphasie, welche einer Heilung zugeführt werden, ein Zurückgehen der Intelligenzdefekte beobachten und daher eine Parallele konstruieren zu können, anderseits kommt den Zuständen vorgeschrittener Demenz insofern eine besondere Bedeutung zu, als sie nicht mehr auf die primäre Hirnläsion sondern auf sekundäre resp. allgemeine Schädigungen bezogen werden müssen. Diese Differenzierung ist allerdings häufig außerordentlich schwierig, weil eine Menge von interkurrierenden Faktoren zu berücksichtigen sind, welche man nicht immer ermessen kann: die Fernwirkung der Herderkrankung, die funktionelle Herabsetzung der ganzen Hirnrinde durch dieselbe, der Ersatz einzelner Funktionen durch die gesunde Hemisphäre u. a. Bei der sensorischen Aphasie ist die Denkfähigkeit natürlich relativ schwerer als bei der motorischen und die Berichte über vorübergehende sensorische Aphasie ohne Denkstörung sind stets bezweifelt worden. (Selbstbeobachtung des Professors *Lordat*.)

Bei der Beurteilung des Geisteszustandes eines Aphasikers muß vor allem darauf Rücksicht genommen werden, daß sich ein Intelligenzdefekt ebensowohl hinter der Ausdrucksbeschränkung verstecken, als anderseits die Aphasie eine Demenz oder einen höheren Grad derselben vortäuschen kann. Diese Fragen, welche man sich in der Erwägung der Möglichkeit und der Angriffspunkte

einer therapeutischen Schulung wohl bei jedem Kranken zu stellen hat, gewinnen eine besondere praktische Bedeutung, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden ob ein Apathiker die Einsicht für die Strafbarkeit einer Handlung oder ob er die Dispositionsfähigkeit für sein Vermögen besitzt. Ich verweise aus den zahlreichen diesbezüglichen Publikationen nur auf die Ausführungen von *Hughes* (14), *Friedländer* (15), *Sarda* (16), *Normann* (17), *Elder* und *Gairdner* (18) und *Hepp* (19).

Kompliziertere und deshalb jedenfalls interessantere Veränderungen werden wir dort zu vermuten haben, wo sich im Zusammenhange mit Aphasie nicht die einfachen Erscheinungen einer Demenz, sondern andere, ich möchte sagen höherwertige Krankheitsbilder entwickeln. Die wenigen Fälle, welche ich in der Literatur zu finden imstande war, möchte ich im Anschluß an zwei Krankengeschichten der hiesigen Klinik, welche ich im Folgenden mitteile, anführen.

Fall I. Der 56 Jahre alte ledige Flickschneider Georg Schall wurde am 8. Oktober 1903, weil er unterstandslos war, von der Polizei aufgegriffen und wegen seines eigentümlichen Benehmens der psychiatrischen Klinik übergeben. Von einer Frau, bei welcher er durch 4 Jahre im Quartier lebte, war zu erfahren: Schall hatte viele Jahre lang mit einer Frauensperson gelebt, welche ihm drei Kinder gebar. Er ernährte seine Familie dadurch, daß er für größere Kleidergeschäfte zu Hause arbeitete. Er soll viel getrunken und seine Geliebte häufig geschlagen haben. Diese habe deshalb den gemeinsamen Haushalt mit ihm aufgelöst und die Kinder einem Vormunde übergeben. Darauf sei Schall, der sich dies einigermaßen zu Herzen genommen, nachdem er sein Schneiderwerkzeug und sonstige Einrichtungsgegenstände verkauft hatte, zu der berichtenden Quartiergeberin gezogen und habe seit der Zeit teils als Flickschneider, teils als Straßenkehrer seinen Unterhalt verdient. Er trank, soweit es seine Mittel erlaubten, gerne Schnaps und Bier. In der letzten Zeit vor seiner Erkrankung soll er nur von Salat, Brot und Schnaps gelebt haben. Er litt viel an Kopfschmerzen und war deshalb gewohnt, zu Hause ein Tuch nach Art der Frauen um den Kopf gebunden zu tragen. Im allgemeinen war er ruhig, still, eher verschlossen und habe nur manchmal sich nach seinen Kindern gesehnt. Einmal habe er sich eingebildet, daß eine Frau, die im gleichen Hause wohnte, ihn heiraten wolle. Sonst sei er durch nichts besonders aufgefallen.

Zwei Gemeindearbeiter, welche mit Schall öfters verkehrten, gaben ebenfalls an, daß er ein ernster, ruhiger, durch nichts auffälliger Mensch war.

Der Krankengeschichte der I. medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses, auf welche der Kranke nach einem am 2. August desselben

Jahres erlittenen Schlaganfälle aufgenommen worden war, ist zu entnehmen: Patient hatte anfangs benommenes Sensorium, eine Parese des rechten Facialis, rechten Armes und rechten Beines. Pupillen eng, starr. Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten besonders rechts gesteigert. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Im Harn kein Eiweiß, kein Zucker, kein Indican. Ziemlich bedeutende Sprachstörung. Nach sechswöchentlicher Behandlung wird er (16. September) mit geheilter Parese der rechten Körperseite und fortbestehender Sprachstörung seiner Heimatgemeinde übergeben.

Bei der Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik ist der Kranke ernst und ruhig, benimmt sich der Situation entsprechend. Das Sprachverständnis ist schwer gestört, Patient bemüht sich offenbar, die an ihn gerichteten Worte zu verstehen. Aufmerksamkeit für die Vorgänge in seiner Umgebung deutlich vorhanden.

Status somaticus: Groß, schlank, muskelarm, schlecht genährt. Schädel symmetrisch, nicht percussionsempfindlich. Pupillen rechts weiter als links, Reaktion träge. Facialis gleichmäßig innerviert. Zunge wird gerade vorgestreckt. Der rechte Gaumenbogen steht höher als der linke. Rachenreflex herabgesetzt, Ohrkitzelreflex fehlt. Linke Karotis etwas weiter. Thorax lang, schmal. An den Lungen kein pathologischer Befund. Herzdämpfung reicht bis zur Mitte des Sternum. Spitzenstoß im 5. J.R. einwärts der Mamillarlinie tastbar. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch und akzentuierter zweiter Ton. Herzaktion rhythmisch. Radialpuls dünn, klein, 60. Starkes genu valgum dextrum. Patellarsehnen- und Achillessehnenreflex beiderseits gleich gesteigert. Abdomen vorgewölbt. Cremaster- und Bauchdeckenreflex auslösbar. Sensibilität soweit prüfbar überall herabgesetzt. Plantarreflex fehlt beiderseits vollkommen. Kein Tremor. Die Untersuchung der Augen (Doc. Dr. Sachsaler) ergab normale Verhältnisse. Die Hörschärfe ist nach funktionellen Ergebnissen ebenfalls normal.

Status psychicus. Spontansprechen: Spontan spricht der Kranke selten, auch bei öfteren Zusammenkünften mit ihm versucht er niemals spontan Mitteilungen zu machen oder Wünsche zu äußern. Mit den anderen Kranken und mit den Wärtern versucht er nur ganz selten sich sprachlich in Kontakt zu bringen. Die provozierte Spontansprache ist in hohem Maße paraphatisch. Vereinzelte Wortkombinationen (das hab ich, das kann ich nicht wollen, das war schon so) kehren häufig zwischen den paraphatischen Gebilden wieder.

Nachsprechen: Schon während der Untersuchung spricht Patient vorgesprochene Worte ohne dazu aufgefordert zu sein häufig nach, meist dabei einzelne falsche Laute gebrauchend, mitunter in totaler Paraphasie.

Adam

Tinte

Lilly

Milly

Agar

Lambach

Adaot

Kinster

Leilinz

Nilli

Artas

Bambrach

Cilli	Cilli
Moloch	Molach
Gottlob	Gottescht
Gottlob	Gottrecht, ich habs nicht recht gehört.
Gottrecht	Gottrecht
Gottlob	Gottland
Gottlob	Gottrecht
Malta	Malze
Malta	Malta
lernen	lerenz
Werder	werda
leben	metenz
leben	letrechts
Artillerie	Kanzilirecht
Infanterie	Infanterich
Lausbub	Blautech
Leinwand	Rein— das hab ich nicht richtig gesagt
Lausbub	Lamtech
Liederkranz	Liedetanz
Häuserreihe	Häuserrechracht — mein Gott, ich kann halt nicht alles sagen wie ich möchte
Land	Land
Haus	Graus
Haus	Haus
Grün	Grünz
Gold	Gold
recht	recht
Specht	Pechts
möcht	möst
lieb	litz
gieb	hitz
gieb	ibs
(Im Flüsterton): Esel	(flüsternd): Das hab ich nicht ver- standen.
Gebet	Ja segens, ich brings nicht richtig
aufstehen	tansteln
(laut): aufstehen	tansten
aufstehen	tansten — ist auch nicht das Richtige was ich sagen möchte
Heut gehn ma Erdäpfel graben!	Heut Nerpf frein — heut gema Erdel eif helf
Jetzt trink ma eins!	Jetzt gif na aus
Heut gehn ma in die Kirchen!	Heut gema nicht niesen.

Da legst Di nieder!
Himmelsakrament!

Richt kin richtig
Ja mein Herr, das derf i völli net sagen
Himmelseichirimenten oder wie S'
gsagt haben, meine Herren.

Jesus Maria!
O verflucht!

Jesus Maria!
Ohe rucht

Tonfall, Rythmus und Stimmstärke werden gut imitiert.

Spontanschreiben: Patient schreibt eine längere Reihe von Buchstaben, welche weder durch Linien von ihm miteinander verbunden werden, noch irgend einen Sinn ergeben.

Nachschreiben: Patient zeichnet Buchstabe für Buchstabe nach und macht dabei zahlreiche Fehler, z. B. statt Gemüse schreibt er Genuse, statt Garten Garton. Bei längeren Worten kommen noch schwerere Fehler vor.

Nachzeichnen: Einfache geometrische Figuren werden zur Not richtig kopiert. Die Ziffern 9 bis 0 in einer Reihe aufgeschrieben liest er im Zusammenhange herunter, beim Nachzeichnen beurteilt er einzelne falsch und schreibt z. B. 2 statt 5.

Diktatschreiben:

Auge
Finger
Finger
Georg Schall
a, b, d, e

Anan
Anan noka ne
Anea
Aov aala
A, l, l, d (schreibt dazwischen spontan
noch ein a und bezeichnet es als o)
N, a, d, d (das d erkennt er als solches,
trotzdem schreibt er auf das wiederholte
Diktat eins wieder das gleiche
Zeichen).

eins

Lesen. Geschriebenes:

Vater unser
Georg Schall

at naspe
Gusgetor Scheuallas (erkennt seinen
Namen, kann ihn aber nicht lesen)

Kinder

Orgetusel

a — t, d — tu, tor, tand, f — tuf, z — ast, i — tust.

Patient wird aufgefordert, zuzusehen während geschrieben wird und so gleich zu sagen was es sei:

a — a, d — der teust, tust, i — eins, 1 — Vater, 1 — Mutter, 2 — derst,
3 — dreißig.

Gedrucktes:

Aus einer Fibel liest Patient in folgender Weise: Esel — Elgas, Dach — Dades, Vogel — Orftus, Säge — Sguser, Igel — Teftes, Mond — Uerstuster, Auge — Augr, Agestueser, Kirche — Tertugekage, Ziege — Terustkeres, Leiter — Orsrter, er — er, ein — eiter, von — vortern, turnen — turterunutes.

Bezeichnen gesehener Gegenstände:

Schlüssel	Der Kessel ist nicht von dem ersten Kistl, weil ich ihn gesehen hab.
Griffel	Das könnts wieder anders. Wie sag i? das gut war, was der Herr sagt.
Nadel	Das ist der Kai, das kann man da eini stecken. Auch Tressl 3, aus, das ist nicht glei so. Wenn i sagen könnt, das war halt das schönste.
Zündholzschachtel	Zisl, Zastl, Rätsl, Sasl oder Kessel, Zetzeln.

Auch nachdem er durch andere Sinnesorgane sich Kenntnis von dem Gegenstände verschafft hat, ist er nicht imstande ihn zu benennen. Hierbei bemüht er sich darzutun, daß er die Gegenstände erkennt, indem er durch Geberden oder Heranziehen von Analogien usw. ihre Verwendung erklärt. So deutet er mit dem Zündholz auf die brennende Lampe und sagt: „das könnte man auch“.

Bezeichnen von Abbildungen:

Laubfrosch	Ja, die Vieher kennet ich freilich. Kastl oder Kerstl, ja, ich kann nicht sagen wie er heißt.
Ringelnatter	Tatzl, Traxl.
Uhu	Taftlnix.
Schwein	Tastl.
Pflug mit Ochsengespann	Schneepanzla bin i so gefahren.

Über einige paraphatisch gesprochene Zeitworte kommt er bei der Benennung von abgebildeten Tätigkeiten überhaupt nicht hinaus.

Bezeichnen getasteter Gegenstände:

Schlüssel	kann ihn nicht benennen, deutet aber an, daß er in die Türe gehört.
Kamm	kann ihn nicht benennen, ist aber über den Gebrauch orientiert. Er zeigt auf Haare und Schnurrbart und sagt: „Sehen Sie, ich kann das da herauf und da herauf nehmen.“ Später benützt er den Kamm richtig.
Seife naß gemacht	„Merkwürdig, tut man das so und so?“ (macht die Bewegung des Waschens)
Löffel	„sagt man da Resl, Tesel?“ „Das ist zum Essen. Man kann so oder so machen (fährt zum Munde) heißs Keip oder Kneip?“
Löffel hernach optisch:	„Löffel“

Bürste „Wie sagt man 1, 2, oder 3 Teil das Sammttaschl“ (macht die Bewegung des Bürstens).

Bürste hernach optisch —

Kerze „Wie sagt man, mein Gott“.

Kerze hernach optisch „Kirtachsel“.

Auffallend bei dieser Untersuchung ist, daß er alle Gegenstände an Kinn oder Wange führt, um mit denselben schabende Bewegungen auszuführen. Dabei sagt er: „Das ist so, oder so, oder so, sehen Sie, so kann man es auch machen“.

Becher „1, 2 oder 3, wie sagt man geschwind Teil“.

Becher hernach optisch „Kessel, hab es genommen, Kastl oder Tusser, so bin ich halt nicht so genau, Köstel oder Kastel oder dos oder dös“.

Zahnbürste „Kessel, zweiter oder erster, zweiter Katzel“.

Zahnbürste optisch macht zuerst die richtige Bewegung des Zähneputzens, dann aber seine stereotypen Bewegungen an Kinn und Wange von oben nach unten und sagt: „Sehen Sie, ich kann es machen“.

Knopf „Tas, tes oder ams. Das kommt mir halt anders vor, wenn ich allein bin, ist das 1, 2 oder 3“.

Knopf optisch „Glurn oder Zockel“ deutet auf die Knöpfe am Rocke.

Identifikation optisch — Klangbild:

Dem Patienten werden Gegenstände vorgelegt und er soll die bezeichneten identifizieren:

Wachsstöckel sagt „Wachstickl“ und greift nach der Flasche und zeigt dann den Gebrauch des Zündholzes.

Becher spricht „Becher“ nach, nimmt aber das Wachstöckel. Im weiteren Redeflusse kommt das Wort „Kerze“ vor.

Bürste nimmt die Zündholzschachtel und alle anderen Gegenstände. Endlich nimmt er die Bürste und sagt: „Buschen“.

Flasche nimmt die Flasche.

Seife richtig.

Zentimetermaß	richtig.
Tafel	ist ratlos, greift nach verschiedenen Dingen.
Kamm	sagt „Kampf“, tastet alle Gegenstände ab und bezeichnet ihren Gebrauch.

Geruch und Geschmack:

Die Untersuchung ergibt ein sehr unsicheres Resultat. Perzeption scheint durch beide Sinnesorgane zu erfolgen. Sinngemäße sprachliche Äußerungen sind nicht auszulösen.

Musikalisches Vermögen:

Nachpfeifen der Volkshymne: „Darf i das singen, blasen?“ pfeift falsch nach und verwechselt musikalische Phrasen.

Spontan bringt er darauf einige Tonkomplexe richtig wieder. Es ist nicht ersichtlich, ob er die ihm vorgepiffene Melodie identifiziert hat.

Volkshymne vorgesungen: fängt mehrmals um ein bestimmtes Intervall tiefer an und singt einen späteren Satz.

Vorgepiffene Intervalle: vermag er nur einmal richtig wiederzugeben. Terzen gibt er richtig aber in einer anderen Lage wieder.

Aufforderung: Singen!: „Singen. Schittma 1, 2, 3 oder so fort könnt ich freilich zählen“.

Schließlich versteht er die Aufforderung und singt ein paar Töne mitten aus der Volkshymne.

O du lieber Augustin!: singt und lacht. Melodie richtig. Text vollkommen paraphatisch „kann ich alles, nur weiß ich nie einen Sinn“.

Aufforderungen durch die Sprache:

Rechter Arm hoch!: versteht er nicht.

Augen zu!: geschieht.

Aufstehen!: kommt nach mehrfacher lauter Aufforderung nach.

Niedersetzen!: geschieht.

Mund aufmachen!: geschieht.

Zunge zeigen!: versteht er nicht, macht den Mund auf.

Auf den Kopf greifen!: versteht er nicht.

Lachen!: „Wie so? essen?“ Wischt sich die Ohren aus um besser zu hören.

Gebärdensprache: Spontan begleitet er seine Sprache häufig mit den vorhin beschriebenen stereotypen Bewegungen an Kinn und Wange. Macht gleichartige Bewegungen auch sonst häufig in der Luft mit der rechten Hand. Nur bei einzelnen Gegenständen (Kamm, Bürste, Löffel usw.) gelingt es ihm spontan eine den Gegenstand bezeichnende Gebärde zu produzieren.

Fehlende sprachliche Ausdrücke vermag er nur ganz selten durch Gebärden zu ersetzen und benützt die gebräuchlichen Gebärdenausdrücke niemals um sich spontan im Zusammenhange verständlich zu machen und ebenso auch nicht, wenn es gilt, sich im Laufe der Untersuchung mit dem Gegenüber ins Einvernehmen zu setzen.

Verständnis für Gebärden: Einfache Gebärden, wie Winke zum Herkommen, Niedersetzen usw., versteht er ziemlich gut. Komplizierteren Aufforderungen, so weit sie durch Gebärden ausdrückbar sind, vermag er nicht zu folgen.

Selbstwahrnehmung: Patient macht häufig Unlustäußerungen, offenbar über seinen Sprachdefekt. Bemerkungen wie: „Ja sehen tu ichs, und wenn ichs sagen könnt auch noch, dann könnt ich schon“ oder: „Mein Gott, wie sag ich da zuerst!“ usw. in Affekt vorgebracht und von heftigen Bewegungen begleitet lassen schließen, daß sich Patient im Ausdrucke seiner Gedanken behindert fühlt.

Krankheitsverlauf. Während der ersten drei Monate seines Aufenthaltes auf der Klinik bot der Kranke keine auffälligen Erscheinungen. Er war ruhig und verschlossen, suchte keinen Verkehr mit anderen Kranken sondern saß meist für sich allein. Wenn er angesprochen wurde, begann er mit reichlichem paraphatischem Redeflusse zu erklären, daß er nicht krank sei und fort möchte. Gewöhnlich brach er ärgerlich ab, wenn er merkte, daß er nicht verstanden werde, oder daß er nicht verstehe. In diese Zeit fiel auch eine Erkrankung an mehreren Furunkeln. Den kleinen chirurgischen Eingriffen gegenüber setzte er sich lebhaft zur Wehr und hatte offenbar kein Einsehen für die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung.

Erst im Januar 1904 traten Veränderungen in seinem Verhalten auf, weshalb ich hier fortsetze:

19. Januar. Sitzt während der Visite in einem Winkel mit dem Rücken gegen das Zimmer, ignoriert die Vorgänge um ihn vollkommen, hat sich mit einem Tuche die Ohren verbunden und verschließt dieselben zeitweise überdies mit dem Finger.

1. Februar. Bei Untersuchung des Herzens: „Mir dürfts nichts tun. Das wird schon mein Vater tun im Himmel und auf Erden. Ich tu mich nicht fürchten. Ich tu nichts und Ihr tuts auch nichts“. Wer denn etwas tun wolle? „Jetzt bin ich halt da“. Später werden ihm vom Arzte eine Reihe von Aufforderungen durch Gesten gestellt und keine befolgt, sei es wegen Mangel an Verständnis, sei es vielleicht aus Widerstreben.

6. Februar. „Ich werde nicht hin. Mein Vater und Mutter gibt mir alles. Ich selber kann es nicht machen, ich kann es auch so gut. Mein Vater und Mutter auf Erden, es gibt mir mein eigener Vater!“

Dies alles wird mit Affekt und in großer Lebhaftigkeit vorgebracht.

Wer verfolgt Sie denn?:

„Mein Vater und Mutter im Himmel und auf Erden.“

Hören Sie Stimmen?:

„Höre sie ganz genau, Ihr braucht mich nicht zu stanken“ (reizen).

Woher sind die Stimmen?

„Das was ich seh, das weiß ich, ich brauch sonst nichts“.

Er hat Angst vor dem Medikamente, welches er einnehmen soll.

11. Februar. Patient ist geändert in seiner Stimmungslage, ist agil. leicht beweglich, teilt sich lebhaft mit. Dabei ist auffällig seine Neigung zu Klagen.

Haben Sie Geld?:

„Geld hab ich keins jetzt, jetzt bin ich so weit, mein Vater und Mutter“.

Beim Klingeln mit dem Schlüsselbund hinter seinem Kopfe erfolgt keinerlei Reaktion. Auf Nadelstiche reagiert er nicht mit Abwehr oder richtiger Beziehung zu dem was geschehen ist. Beim Kneifen der Haut am Rücken sagt er: „Müßt mich nicht abschinden. Wenns sein muß, könnt Ihr alles machen, könnt mich aufschneiden wie Ihr wollt“.

Vorgezeigte Gegenstände kann er nicht benennen, zur Zigarre sagt er aber „Rauchen“; zum Schlüsselbund: „Kennen tu ichs, aber sagen kann ichs nicht, weil ich dort die ganze Woche drin bin“. Deutet dabei auf das Krankenzimmer. Das Wort Schlüssel spricht er nach: „Schlossen“ nach Wiederholung: „Schlüssen“. Nach einiger Zeit wiedergefragt (er spricht währenddessen immer fort), weiß er die Bezeichnung gar nicht mehr, sondern sagt einfach: „Ich sags nicht mehr, brauchts nicht mehr“. Ist ablehnend.

17. Februar: „Schmeißts mich naus, hängts mich an! Da bin ich. Wer gibt mir was? Mein Vater tut mir alles. Das braucht nicht. Sie werden sterben. Ich bleibe dort, ich gehe dorthin“ usw. Patient ist sichtlich halluzinant und zeigt Wahnideen und wahnhafte Verknennung seiner Umgebung.

18. Februar. Dem Arzte, der ihn mit freundlicher Handbewegung begrüßt, schreit er entgegen: „Was kann ich denn machen? Christus der Herr, mein Vater und Mutter! Wir sein ja gut! Was soll ich denn machen? Bleiben Sie nur dort!“ — Geben Sie mir die Hand! — „Am liebsten tät ichs ja so! was soll ich denn machen, Christus der Herr.“ — Erneute Aufforderung — „Mir brauchts nichts zu tun, ich kann ja nichts machen.“ Zieht darauf die Decke so weit über das Gesicht, daß nur die Augen über den Rand derselben schauen. Halbsitzende Stellung.

In den letzten Tagen leckt er häufig die Finger ab und wischt damit lebhaft über die Augen, so daß die Haut bis über die Schläfen beiderseits andauernd ganz rot ist. Nachts springt er öfters aus dem Bette und sucht etwas unter demselben, streift die Leintücher ab, als wollte er etwas weg-wischen, streicht mit den gespeichelten Fingern die Haare in die Stirne und versteckt den ganzen Kopf unter die Decke.

19. Februar. Der Wärter bringt ihm seine Kleider und sagt ihm er solle sich anziehen um fortzugehen: „Ah fort! Kaiser Franz Josef (murmelt während des Anziehens) Christus der Herr im Himmel und auf Erden. Der Bua wird wohl Geld haben.“ — Was für ein Bub das sei? — „Zwei Dirndl

und der Bua werden drunten sein. Die andern müssen schon dort sein. Kaiser Franz Josef, Christus der Herr im Himmel und auf Erden.“ — Er wird darauf in das Laboratorium geführt. Beim Eintreten grüßt er militärisch. Während der photographischen Aufnahmen benimmt er sich der Situation gemäß, ist still und hält die ihm gegebenen Stellungen, welche er willig angenommen hat, ruhig aus. Beim Weggehen sagt er spontan: „Habe die Ehre, mein Kompliment“.

20. Februar. Aufgefordert etwas abzuschreiben, kommt er in große Verlegenheit, wird erregt und sagt, daß er nicht sehe: „Das wird mein Vater schon sehen! Ich werde das alles schon nähen. Für meinen Vater. Nähen kann ich schon, aber ich seh nichts“ usw.

22. Februar. In der Nacht steht er auf und ruft einem unruhigen Kranken zu: „Du mußt verrecken, Du mußt hinwerden.“ Dann sagt er zum Wärter gewendet über einen ruhig schlafenden Kranken: „Siehst Du, der verreckt schon.“

24. Februar. Er sitzt mit dem Gesicht zum Ofen in einem Winkel neben demselben auf einer Stuhllehne, die Füße auf der Stuhlplatte, hat den Rockkragen aufgestülpt, die Pelzmütze auf dem Kopfe und darüber ein Tuch, das er fest über die Ohren zieht. Auf die Frage, wo seine Wohnung, sei antwortet er in sehr erregtem Tone: „Ich werde schon hinfinden, ich weiß es schon. Christus der Herr, Kaiser Franz Josef“ usw.

25. Februar. Es wird ihm seine Photographie gezeigt mit der Frage wer das sei. — „Ich sehe wohl, ich sehe, aber ich weiß nicht zu sagen wer das ist. Ich bin ja immer hier. Vielleicht waren die Herren (2 Bilder auf einem Karton) einmal da, aber ich weiß nicht, ich sehe wohl, aber ich kann nicht sagen.“ — Ein Bild, auf dem er im langen bis zu den Knien reichenden Rocke abgebildet ist, betrachtend sagt er: „Das wird die Juli sein, die Große. Jetzt weiß ich nicht, ist sies oder ist sies nicht.“ — Es werden ihm zwei andere Aufnahmen dazugehalten: „Sind das drei Kinder?“ — Wer ist das? — „Das kann ich nicht sagen!“ — Wie heißt der? — „Georg Schall.“

Das sind Sie! — versteht er nicht trotz der erklärenden Handbewegung. Zwei Aufnahmen auf einem Karton betrachtend: „Der und der ist so gleich — und der Alte?“ fragt er ein drittes Bild betrachtend. „Das ist ja die Juli. Das Madl hat mein Gewand an.“ — Es wird ihm ein Spiegel vorgehalten und daneben eine Photographie: „Na ja, da bin ich ja auch da und da!“ Mit Hinweis auf ein anderes Bild: „aber das ist die Tochter — merkwürdig.“

27. Februar. Er näht das Bettdeckenleintuch so auf, daß man die geübte Hand des Schneiders erkennt. Sind Sie Meister oder Gehilfe? — „Die Frau hat die Kleider abgeholt und zurückgetragen.“ Auf weitere Fragen folgen nur paraphatische Antworten.

Er hat oft das Bedürfnis sich zu waschen, springt plötzlich aus dem Bette und geht zur Wasserleitung. Wenn ihm das verwehrt wird, nimmt er Speichel und wischt sich über die Augen und die Wangen.

28. Februar. Patient schläft nie liegend, sondern halb sitzend. Um die

Ohren hat er ein Tuch gebunden und die Decke über die Nase gezogen, so daß er beim Öffnen der meist geschlossenen Augen über den Rand der Decke hinwegsehen kann. In dieser Stellung verharret er tags und nachts über, so daß es schwer ist zu konstatieren, wann er längere Zeit hindurch schläft. Wiederholt während des Tages, aber auch während der Nacht, springt er aus dem Bette, dreht Polster und Matratze um, schüttelt seine Unterhose und streift alle Flächen ab.

1. März. Dem Arzte, der ihm die Hand reicht, will er dieselbe entziehen. Er wehrt sich gegen Berührungen ängstlich: „Ich laß mich nicht schneiden. Ihr werdet sterben! Mein Vater hat alles. Was kann ich sagen? Wenn Ihr wollt, schneidet mich auf. Mein Vater gibt alles. Christus der Herr, Kaiser Franz Josef.“

Bei dem Versuche ihn spazieren gehen zu lassen, um seine Wohnung zu finden (der Kranke war damals noch nicht agnosziert, man wußte weder seinen Namen noch sonst eine Auskunft), geht er, der Situation gemäß, mit Rücksicht auf Passanten und Straßenübergänge, anfangs scheinbar einem bestimmten Ziele zu, dann planlos herum. Die Begleitung von Arzt und Wärter lehnt er heftig ab. In einer menschenleeren Gasse beginnt er lebhaft zu gestikulieren und laut zu sprechen, indem er offenbar jemanden vor sich sieht.

2. März. Uhr: „No das ist ja die Uhr.“ — Wie viel Uhr ist es? — Sinnt nach: „Neun Uhr, zehn (es ist $\frac{3}{4}$ 6 Uhr abends), mein Vater gibt mir alles“ usw. 2-Hellerstück: — Denkt nach: „No zählt sich aus (lacht) ein Papierl zum wegschmeißen.“

3. März. Sitzt beim Ofen mit zugehaltenen Ohren. Wenn er angesprochen wird, gerät er in Erregung. In dem großen Wortschwall, den er entwickelt, um sich einer physikalischen Brustuntersuchung zu widersetzen, kehren die Phrasen: „Ich lass mich nicht aufschneiden. Mein Vater hat alles. Ich kann ja nichts machen“ wieder. Gegen das Angreifen der Hände wehrt er sich mit Angstäußerungen. Er fürchtet sich vor dem Aufschneiden. Er ist nicht zu bewegen etwas spontan oder abzuschreiben. Seinen Namen, der ihm vorgehalten wird, erkennt er als solchen.

4. März. Beim Essen gefragt, ob es ihm schmecke, ob es gut sei, sagt er: „Was weiß ich, ob es gut ist“, riecht zu dem Teller, das er sich nimmt und ißt dann mit Appetit. Eine Zigarre, die ihm angetragen wird, lehnt er ab: „Wollen mich vergiften, rauchen Sie selbst an, wollen mich vergiften“.

5. März. Ist vorwiegend heiterer Stimmung und lehnt jede Berührung mit überlegenem Lächeln ab: „Ich weiß schon, ich brauch Euch nicht“ usw. Eine Zigarette weist er ebenfalls lächelnd zurück. Es sieht so aus, als ob er vermute, man wolle ihn täuschen, anführen, ihm etwas antun, was er richtig voraussehend, lachend von sich weist. Auch auf die erläuternden Gesten des Rauchens hat er nur ablehnende Antworten. Schließlich nimmt er die Zigarette vorsichtig zwischen zwei Finger, zieht daran und legt sie sogleich weit von sich, indem er teils ängstliche, teils überlegene abweisende Bemerkungen macht.

7. März. Sitzt mit dem Gesichte zum Ofen aufrecht auf einem Nachtkästchen, schwankt nur mit dem Oberkörper leise nach vorn und rückwärts, sonst ist er vollkommen ruhig. Plötzlich greift er auf die Sesselfläche, auf welche er die Füße stützt, wischt dieselbe ab, als ob er etwas suchte und wischt dann seine Fußsohlen ab. — Was haben Sie denn gespürt? — „Ah die tun mir da immer! Die Augen dürfen Sie mir nichts tun, die haben Sie mir auch gemacht, da müssen alle sterben.“ — Warum haben Sie denn das Tuch um? — „Warum? so sieht man ja nichts gleich“, indem er es herabnimmt und die Haare zurecht streift. Er lehnt es ab, vom warmen Ofen wegzugehen und zeigt eine starke Abneigung gegen die Bänke oder das Bett.

10. März. Seit mehreren Tagen hat Patient das Abwischen der Augen und das Suchen unter dem Bette aufgegeben. Heute betet er murmelnd das Vaterunser und Avemaria. Vom Arzte begrüßt, gerät er in eine gereizte Stimmung und sagt, mit den Händen lebhaft agierend und seine Worte vielfach wiederholend: „Mein Vater gibt mir alles, ich als Gott und Mensch, Jesus Christus, brauche Euch alle nicht, ihr müßt alle sterben“ usw.

13. März. Patient wird aufgefordert seinen Namen zu schreiben. Dabei wird ihm wiederholt laut vorgesprochen: Georg Schall. Er schreibt mit vieler Mühe „Georg Schirk“ (aber ohne Ipunkt) und sagt dazu: „Das soll Georg Schall sein und ist nicht richtig.“ — Die Worte „Mein Vater“ abzuschreiben gelingt nicht. Nachdem er mit seinem Gekritzeln fertig ist, sagt er selbst: „Das heißt nichts.“ Ziffern und Vierecke nachzuzeichnen gelingt.

20. März. Spontan sagt Patient aufrecht im Bette sitzend: „Ich bin hier Gott und Mensch. Schneidet mich auf, wenn Ihr wollt, da habts mich! Hier herum gehört alles den Herren (meint die Ärzte) — aber dort gehört es meinem Vater. Der hat alles, Ihr werdet sterben, ich aber nicht. Mein Vater gibt mir alles“ usw.

21. März. Steht spontan auf, geht zum Ofen, stellt sich mit dem Gesichte zu demselben und mit an die Schläfen gelegten Händen beginnt er laut zu beten. Geht dann lachend ins Bett zurück. Aufgefordert das Vaterunser herzusagen, betet er dieses und das Avemaria monoton richtig und rasch herunter. Aufgefordert zu zählen 1, 2 und weiter sagt er: „Was brauch ich denn das, lassens mich aus; Vater unser“ usw. betet unter der Decke indem er sich die Hände und die Decke über das Gesicht hält.!

24. März. Wie geht es Ihnen? — versteht er nicht und antwortet mit seinen stereotypen Phrasen. Wie lange sind Sie schon hier? — „Wie lange ich hier bin? 40 Jahre in Graz.“ — Nein, hier in diesem Zimmer? — „1, 2, 3 Tage, was weiß ich, ich seh Sie ja alle“ usw. — 3 Tage sind Sie hier? — „Was, 3 Türen? lassen Sie mich, mein Vater usw.“

29. März. Klagt über Schmerzen im rechten Beine. Beschuldigt seine Umgebung, ihm körperliche Leiden zuzufügen. Jemand, den er unverständlich bezeichnet, habe ihm den linken Arm verdreht, die Augen krank gemacht. Er fürchte sich, geschnitten zu werden. Wehrt die Berührung seines Körpers ab. Manchmal sitzt er vorsichtig, wie horchend auf, sieht herum und deckt

sich dann wieder in gewohnter Weise zu. Die Uhr erkennt er. Ablesen kann er sie nicht. Kann auch nicht sagen, woraus der Deckel (Gold) sei. Schlüssel bezeichnet er: „Zum Aufmachen“. Er verlangt seine Kleider und lehnt die Spitalkleider ab. Es wird ihm gesagt, er könne die erst später bekommen. Darauf erwidert er: „Ah, dann warten wir noch ein bissl“. Beim Vorzeigen von Gegenständen sucht er nach dem richtigen Worte und ist ärgerlich, wenn er etwas Falsches sagt. Er verlangt fortzugehen. Nachhause? — versteht er nicht. Wohin er gehen wolle? — „Zu meinen Kindern.“ — Wieviel Kinder haben Sie? — „Zwei Dirndln und einen Buben.“ — Wo wohnen die? — „Ich weiß nicht, vielleicht sind sie schon gestorben.“ — Wie heißt Ihre Frau? — versteht er nicht. — Heißt Ihre Frau Anna, Marie oder Pepi? — versteht er nicht. Wo wohnen Sie denn? — „Ich werde schon hingehen, da hinunter.“ — Wohin hinunter? — „Bis wo die erste Kirche steht.“ — Unter Graz? — „Ich bin schon 40 Jahre in Graz.“ Die Erregung, in welche er beim Sprechen gerät, klingt in der Art nach, daß er, nachdem man ihn allein gelassen, längere Zeit murmelnd weiterspricht, wobei fast nur Gebete und seine stereotypen Phrasen (Christus der Herr usw.) herausklingen.

2. April. Springt plötzlich aus dem Bett und wirft mit einem Ruck das ganze Bettzeug auf den Boden. Dann legt er es wieder zurück und breitet seine Kleider über dem Leintuche aus. Wenn man ihm die letzteren wegnimmt, gerät er in heftige Erregung und fordert dieselben. Dem Arzte, der zu seinem Bette tritt, schreit er entgegen: „Ich kenne Ihnen wohl, warum haben Sie mich her zurückgebracht, lassen Sie mich gehen, dort hinunter. ha, ich werde Ihnen alles zeigen usw.“ Aus den Reden, welche mit seinen stereotypen paraphatischen Äußerungen stark durchsetzt sind, ist deutlich zu ersehen, daß er sich an den Tag seines Ausgehens erinnert und sich darüber aufhält, daß man ihm damals nicht seine Freiheit gelassen habe. Dann zeigt er unaufgefordert auf sein rechtes Knie (*genu valgum*) und sagt: „Da sind 20, 30 Buben drin“.

9. April. Gestern Nachmittag stand er plötzlich aus dem Bette auf, legte sich auf den Tisch und zeigte, wie man ihn geschnitten habe. (Erinnerung an die Inzision der Furnukel.)

15. April. Das Benehmen des Kranken ist ein ganz geändertes. Er geht im Garten mit großen Schritten auf und ab. Redet spontan viel und noch mehr, wenn er angeredet wird. Während er früher meist ruhiger Stimmung, zurückhaltend im Benehmen und oft ängstlich im Ausdrucke war, ist er jetzt zugänglich, in seiner Rede kommen zahlreiche richtig angewendete Worte vor, die er bisher nicht gebraucht hat. Auch versteht er zahlreiche Aufforderungen besser als früher.

16. April. Das Sprachvermögen bessert sich sichtlich. Spricht häufig von seinen zwei Dirndln. „Das ältere Dirndl ist gleich narrisch gewesen, hat viel Geld gehabt und ist umeinandergefahren.“ Seit einigen Tagen macht er viel weniger Bewegungen (Ohrenzuhalten, Aufhorchen, Augen abwaschen usw.), welche auf Halluzinationen schließen lassen, doch ist sein

Mißtrauen besonders gegen bestimmte Personen gesteigert. Die angebotene Zigarre nimmt er nicht: „Die ist vergiftet“, sondern sucht sich selbst eine aus der Tasche. Im ganzen ist er sehr erregt, sagt oft: „Ich bin kein Narr, laßt mich hinaus“ usw.

17. April. Bei der Visite ist er erregt und gesprächig. Während über ihn etwas niedergeschrieben wird, läuft er mit dem Zeichen des Mißtrauens um den Tisch und sagt: „Ich muß nur schauen, was die da machen. Da muß ich schauen, was daraus wird!“ und sieht dem Schreibenden aufs Papier. Dann wird ihm ein Bilderbuch gebracht und er schreit: „Aha, der bringt mir die zwei Dirndl, juhu!“ — Dann ist er enttäuscht, daß die zwei Kinder am Umschlage nicht seine zwei Dirndl sind. Von den Bildern kann er wenige bezeichnen. Kirche und Ochse bezeichnet er richtig. Schwein nennt er auch Ochs. Pferd umschreibt er: „mit dem man fahren tut!“ Verschiedene Raubtiere: „die sind nicht in Graz, sondern nur hergebracht“, Hund: „der ist in Graz“, Eisenbahn: „mit der ich gefahren bin“.

18. April. Aufgefordert zu zählen, tut er dies bis 45 fehlerlos. Wochentage sagt er bis Mittwoch auf, Monate nur Januar, Februar. Dann erzählt er von einer großen Kirche auf einem Berge, wohin er gehen wolle um zu arbeiten, nicht um zu wallfahren. Dort werde er an den Augen, den Ohren, dem Munde (der Sprache) gesund werden. Beschimpft die Nebenpatienten. Zwei Ärzte (welche nicht mehr auf der Klinik sind), seien hingeworden, weil sie ihn geschnitten haben.

20. April. Patient zeigt seinen rechten Fuß: „20—30, nein 200—300 Mann tun mir das.“ — Tut Ihnen der Fuß weh? — „Wie kann er mir wohl-tun, wenn 200—300 ihn drücken?“ — Wann waren die denn da? — „Was weiß ich, dahier warens nicht, sondern da droben (deutet auf den Plafond), da sinds vorübergegangen. Dort werd ich hingehen. Wie ich von da weg-gehe, wird mein Fuß gut sein und meine Augen und alles (dabei deutet er auf Fuß, Augen, Mund usw.), ein Narr bin ich nicht (dabei deutet er auf die Stirn), ich werde alles zeigen.“

28. April. Sieht drei Sterne am Kragen des Arztes, deutet darauf und sagt: „Ah drei, drei und drei ist sechs.“ — Wieviel ist vier und vier? — Nach einigem Nachdenken: „Acht“. Beschuldigt die Ärzte, seine Kleider gestohlen zu haben. Droht ihnen, sie werden sterben, weil sie ihm den Kopf usw. „getan“ haben. Er sei der höchste Herr als Gott und Mensch und lasse sich nicht abschniden.

9. Mai. Ist vorwiegend ärgerlich erregter Stimmung, in der Nacht meist sehr unruhig, so daß er isoliert werden mußte. Schreit stundenlang, so daß er ganz heiser ist. Verlangt vom Wärter oft Wasser zu trinken und schüttet es aus ohne es zu kosten, im Glauben, es sei vergiftet. Die Mahlzeiten nimmt er jedoch mit Appetit. Wiederholt immer, er sei der höchste Herr, er sei der Kaiser.

10. Mai. Ist wieder ruhiger Stimmung. Nachdem ihm längere Zeit vorgehalten worden, daß er weder Gott noch der Kaiser sein könne, gebraucht

er in letzter Zeit immer die stereotype Phrase: „Ich bin nur der Bruder. Mein Bruder ist der höchste Herr“ usw. Im übrigen ist sein Verhalten unverändert.

Wenn man die Krankheitserscheinungen dieses Mannes kurz zusammenfaßt, ergibt sich folgendes: Ein Trinker mit einer Mitralinsuffizienz erleidet einen apoplektischen Insult, nach welchem er aphasisch bleibt. Die Aphasie ist eine vorwiegend sensorische und minder hochgradig eine motorische. In der ersten Zeit danach ist er von apathischer Stimmung, ruhig, zurückhaltend, und gerät nur in heftigen Unlustaffekt, wenn er seine Umgebung nicht versteht oder nicht verstanden wird. Nach einigen Monaten treten Halluzinationen auf. Patient gelangt zu falschen Bewertungen der Erscheinungen um ihn, entwickelt Beziehungsideen. Er ist ängstlicher und gereizter Stimmung. Schließlich treten Größen- und andere Wahnideen auf, welche zum Teil systematisch ausgebaut werden.

Es fragt sich nun, wie die einzelnen Symptome dieser Krankheitsbilder in ihrem Zusammenhange zu deuten sind.

Ich habe schon eingangs von der Veränderung in der Stimmungslage gesprochen, der Apathiker durch die Schwierigkeit im Ausdrucke unterworfen sind.

Wenn ein Kranker mit einer Aphasie auch einen Intelligenzdefekt erleidet, so kann er doch meist über einen mehr oder minder großen Vorrat von Vorstellungen verfügen, innerhalb deren Gedankengänge nicht nur möglich sind, sondern, wie aus zahlreichen Beispielen (*Broadbent, Trousseau, Kussmaul* u. a.) erwiesen ist, selbst in komplizierter Form zustande kommen können. Ist der Ausdruck dieser Denkvorgänge ohne Zuhilfenahme der Sprache möglich, wie bei Kartenspielen, so gelingt es dem Kranken leicht und ist mit Lustgefühlen verbunden. Soll der Kranke aber etwas durch die Sprache mitteilen, so fehlen ihm die gewohnten Mittel dazu. Er hat die Vorstellung, er hat auch meistens die Herrschaft über die koordinierte Tätigkeit des Sprachmuskelsapparates. Gewisse Worte gelingen ihm vielleicht, viele aber nicht. Es fehlt ihm der Ausdruck für die Vorstellung oder den Gedanken. Der Kranke steht vor einem Hindernis das um so

fühlbarer wird je mehr er sich bemüht es zu überwinden. Er gerät durch den Sprechversuch in einen Unlustaffekt.¹⁾

Letzteres war bei unserem Patienten sehr deutlich. Insbesondere in den ersten Monaten seines Aufenthaltes auf der Klinik, als sich nur die Zeichen einer Aphasie ohne wesentliche psychische Störung beobachten ließen, saß der Kranke meist ruhig für sich oder im Kreise der anderen Kranken ohne zu sprechen, dabei aber sichtlich aufmerksam auf die Vorgänge in seiner Umgebung. Wurde er angesprochen, oder hatte er bei der Visite spontan etwas zu sagen, so begann er anfangs ruhig zu reden und geriet nach und nach in so gereizte Stimmung, daß er nach wenigen Minuten seine paraphatischen Äußerungen schreiend vorbrachte. Diese Gereiztheit trat auch dann ein, wenn er, ohne Antwort zu erwarten, allein sprach und läßt in Verbindung mit seiner sonstigen Schweigsamkeit wohl darauf schließen, daß Patient beim Sprechen Unlustgefühle hatte denen er auszuweichen bemüht war. Während des Sprechens kamen oft Äußerungen vor wie: „Wenn ich nur sagen könnt“ oder „Wie sagt man denn nur?“ u. dgl., welche zeigen, daß der Kranke sich seines Unvermögens bewußt war und dasselbe zu überwinden versuchte. Oftmals brach er dann im Affekt plötzlich mit den Worten „Ach was!“ ab und wendete sich weg.

Ein zweites schwerwiegendes Moment für die Steigerung der Unlustgefühle lag bei unserem Patienten aber auf seite des sensorischen Defektes. Patient sah, daß zu ihm gesprochen wurde, bemühte sich auch etwas zu verstehen und war sich bewußt, daß er nur sehr wenig verstand. Er bemerkte im Dialoge also nicht nur, daß er sich nicht auszudrücken, sondern auch daß er nicht zu verstehen vermöge. Er war sich darüber klar, daß die Ursache in ihm liege, denn oft horchte er auf wie ein Schwerhöriger oder sagte: „Ich verstehe nicht“. Daß Patient ein gutes Gehör besaß, geht daraus hervor, daß er, wenn man ihn über die Länge eines größeren Zimmers ganz leise mit seinem Namen ansprach,

¹⁾ Heilbronner sagt in seiner Publikation: „Ein Fall von Aphasie bei Gehirnluces“ Allg. Ztschr. f. Psych., 49. Bd. p. 59: „Psychisch bietet Patientin außer der begreiflichen Erregung über die plötzliche Krankheit keine Abnormitäten.“

stets prompt reagierte, trotzdem er die Ohren eingebunden oder den Kopf unter der Decke hatte.

Aus dieser Wahrnehmung seines Defekts, welche eine andauernde Verschiebung seiner Stimmungslage zur Folge hatte, konnten sich nun bei dem Kranken Beeinträchtigungs-Ideen entwickeln. Er fühlte eine mehrfache Unfähigkeit ohne sich irgend wie darüber klar werden zu können woher dieselbe stamme, noch wie er derselben Herr werden könne. Er sah seine Umgebung reden und lachen und wußte nicht worüber. Das Mißtrauen und die Beziehungsideen waren von selbst da. Tatsächlich war Schall gegen jene Mitkranke immer am meisten aufgebracht, welche viel sprachen und sich in seiner Nähe aufhielten. In der ersten Zeit beschimpfte er sie bloß, später imputierte er ihnen ganz bestimmte Dinge, die in seine sonstigen Gedankengänge paßten. Gegen die Ärzte und die barmherzige Schwester war er stets besonders ablehnend, weil er in ihnen diejenigen erkannte, welche zu befehlen hatten, welche ihm seine Freiheit nicht gaben, um welche er oft bat. Daraus entwickelte sich weiterhin eine mißverständliche Auffassung seiner Umgebung, welche seine ohnehin gestörte Kritikfähigkeit noch mehr zu beeinflussen geeignet war und die Ausbildung vollkommener Wahnvorstellungen. Er beschuldigte die Ärzte sie wollen ihm etwas antun. Er glaubt, daß die chirurgischen Eingriffe wegen einiger Furunkel in einer feindseligen Absicht ausgeführt worden sind. Diese Idee bildet sich nach und nach so weit aus, daß er später erzählt, man habe ihm die Brust aufgeschnitten. Zu diesen Wahnvorstellungen kommen andere, welche in gleichem Sinne ausgebildet werden. Er fürchtet sich, vergiftet zu werden, ißt nur jene Speisen, welche er sich selbst aus einer Mehrzahl herausucht, raucht nur jene Zigarrette, welche er selbst aus der vollen Tasche zieht, eine einzelne lehnt er mit der Angst sie sei vergiftet ab. Medikamente spuckt er aus, Wasser, das er nicht selbst von der Wasserleitung holt, trinkt er nicht. Die Systemisierung seiner Wahnvorstellungen führt ihn dazu die Ärzte zu beschuldigen, sie seien an seiner Unfähigkeit, zu verstehen und zu sprechen, schuld, sie haben ihm seinen Kopf so gemacht, seinen (gesunden) Kopf anderen Kranken gegeben. Er fürchtet sich vor jeder Berührung und gerät in einen Zustand ängstlicher Erregung,

wenn er untersucht wird. Er sagt schließlich, daß man ihm sein rechtes Bein auf der Klinik verkrümmt habe und zwar gibt er diesbezüglich irgend welchen nicht näher bestimmbaren Personen die Schuld, welche er offenbar auf dem Wege der Halluzination kennen gelernt hat.

Seit einer Reihe von Jahren haben verschiedene Autoren (*Ducasse* und *Vigouroux* (20), *Specht*, (21), *Bresler* (22), *Bleuler* (23), *Marguliés* (24), *Schultze* (25) u. a.) durch ein mehr oder minder lebhaftes Eintreten für oder gegen die Bedeutung der Gefühle in der Ätiologie der Paranoia der Frage der Genese des chronischen systemisierten Wahnes eine erhöhte Bedeutung verschafft. Es kommt außerordentlich selten vor, daß Kranke zu einer Zeit in Irrenanstaltsbehandlung gelangen, während welcher sich unter den Augen der Ärzte eine Paranoia entwickelt. Der vorliegende Fall, in welchem dies tatsächlich geschehen ist, wird dadurch einigermaßen wertvoll. Der Kranke hat eine allmählig zunehmende Verstimmung und eine ziemlich bedeutende Affektlabilität akquiriert und im Anschlusse an diese chronischen Gefühlsstörungen haben sich seine Wahnbildungen entwickelt.

Es ist allerdings nicht absolut sicher, ob die Gefühlserkrankung mehr als der Vorläufer der späteren klinischen Form der Psychose ist. Funktionell scheint sich wohl ein ursächlicher Zusammenhang herzustellen. Tatsächlich können aber beide, Thymopsychose und Noopsychose, Folgen einer gemeinsamen uns vorläufig nicht bekannten Ursache sein. Wie immer man dies auffassen will, wir können uns begnügen, bei unserem Kranken die an und für sich interessante Tatsache zu konstatieren, daß sich in erster Linie sein Gefühlsleben verändert gezeigt hat und nachher in einem funktionell ursächlich erscheinenden Zusammenhange Wahnbildungen aufgetreten sind.

Das nächste, was unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, sind die Halluzinationen des Kranken. Dieselben bewegten sich, wie man aus seinem Verhalten deutlich sehen konnte, hauptsächlich in der optischen, akustischen und taktilen Sphäre. Ob er Geruchs- und Geschmackshalluzinationen hatte, ist mit Sicherheit nicht zu bestimmen, doch daraus zu vermuten, daß er von verschiedenartigen Vergiftungsideen geplagt worden ist.

Über den Inhalt seiner Halluzinationen war vom Patienten nur sehr wenig zu erfahren. Das ist besonders rücksichtlich der Gehörshalluzinationen bedauerlich, weil die Vermutung nahe liegt, daß dieselben in Form von paraphatischen Worten und Reden zustande gekommen sind. Daß der Kranke, der sich meist nur paraphatisch mitzuteilen vermochte, darüber verwertbare Aufschlüsse zu geben imstande gewesen wäre, ist übrigens unwahrscheinlich.¹⁾

Wenn man berücksichtigt, daß die Halluzinationen im Symptomenbilde ziemlich gleichzeitig mit der Entwicklung der Wahnideen aufgetreten sind und wenn man sieht, wie sie nicht nur an sich im Sinne des wahnhaften Systems verarbeitet worden, sondern auch schwere, wahnhafte Erinnerungsfälschungen veranlaßt haben, wie z. B. den vorerwähnten Glauben über die Entstehung des genu valgum, welches Patient gewiß seit seiner Kindheit besitzt, so muß man denselben einen ziemlich bedeutenden Einfluß auf die Konstruktion des ganzen Wahngebäudes einräumen.

Halluzinationen sind Symptome von Reizungen im sensorischen Systeme. Wir finden sie deshalb häufig bei zentralen Herd-erkrankungen.

Anton (26) publizierte einen hierher gehörigen Fall eines 64jährigen Mannes mit zentraler Taubheit, welcher an Gehörshalluzinationen litt und verweist daselbst auf analoge Erkrankungen, besonders die halbseitigen Gesichtshalluzinationen im erkrankten Gebiete der Hemianopischen.

Touche (27) beschreibt einen Kranken mit Rindenblindheit, welcher während der Dauer seiner Erkrankung an eigentümlich phantasievollen Halluzinationen litt.

A. Cramer (28) bringt die interessante Beobachtung von Gehörshalluzinationen bei von Geburt an Taubstummen.

Jolly (29) berichtete auf der Naturf.- und Ärzteversammlung München 1899 über eine 49jährige Frau mit einem Herzfehler, welche an exquisiter Worttaubheit erkrankt war: „Nach einigen Monaten besserte sich die Worttaubheit und zeigte nur bei vor-

¹⁾ *A. Pick* bespricht in der Prager med. Wochenschr. 1883, S. 429 einen sehr interessanten, 1840 von *Holland* veröffentlichten Fall, der einen Mann betrifft, welcher nach Zurückgehen der Aphasie aphatisch halluziniert.

übergehenden Anfällen zeitweilig eine Verschlechterung. Nach einem Jahre war die Worttaubheit fast vollständig geschwunden. In diesem Stadium traten Halluzinationen des Gesichts- und Gehörsinnes auf“. *Monakow* erwähnt in der Diskussion einen ähnlichen Fall.

Fr. Müller (30) sagt von einer 50jährigen Frau „infolge eines einmaligen Anfalles hatte sich ein hoher Grad von Seelenblindheit entwickelt“. Während der Beobachtung „stellten sich vorübergehend Gesichts- und Gehörshalluzinationen ein, die aber bald wieder verschwanden und keine Erinnerung hinterließen“.

Diese und andere Fälle, (ich werde später noch einige zu erwähnen Gelegenheit haben), zeigen Halluzinationen, also Symptome von Reizung in einer herdartig erkrankten Gehirnrinde und wir werden nicht fehlen, wenn wir die Reizung auf das Vorhandensein der Herderkrankung beziehen. Einer besonderen Erklärung bedarf aber das Auftreten von Halluzinationen in einem Falle, in welchem dieselben auf allen Sinnesgebieten auftreten, wenn wir nicht einen besonders weitgreifenden Herd oder eine große Zahl kleinerer Herde annehmen wollen. Dafür liegt bei unserem Patienten mangels anderweitiger Symptome kein Grund vor. Wir können aber eine Parellele zwischen Halluzinationen und anderen Reizerscheinungen im Gebiet des Zentralnervensystems ziehen und ihre Erklärungen für dieselben anzuwenden suchen. So sagt *Mott* (31) in „*Tabes in hospital etc.*“: „Die paroxysmalen Attacken von Schmerzen und Krisen, maniakalischen und epileptiformen Anfällen sind klinisch der Ausdruck einer Reizung und lassen die Bildung oder Anhäufung eines Toxins in Blut oder Lymphe annehmen, welches eine lokale Wirkung hat, wenn wir nicht annehmen, daß der Zerfall der Neurone (Absterben derselben) von einer erhöhten Irritabilität begleitet ist. Bei der Diskussion über die Veränderungen im Gehirne werden wir sehen, daß wir vor allem Grund haben, die Existenz eines reizenden Toxines anzunehmen, welches akute Destruktion der Neurone und formative Proliferation in den Gefäßwandungen und den perivaskulären Lymphecheiden hervorruft, ebenso aktive Gliaproliferation — alles das als Resultat des Zusammenwirkens morphologischer und biochemischer Faktoren.“

Die Läsionen, welche die Erscheinungen von Aphasien hervorrufen, bedingen Durchtrennungen zahlreicher Assoziationsbahnen der wichtigsten Sinnesgebiete, welche im Bereiche der Sprachzentren in reichstem Maße vorhanden sind. Wir können nun im Anschlusse an die Ausführungen *Molls* annehmen, daß die von der Verletzungsstelle aufsteigende Degeneration von Fasern als Reiz wirkt und zur Halluzination führt, oder daß an diesen Punkten im Körper schon vorhandene oder infolge der Herderkrankung gebildete Toxine einen Angriffspunkt finden und die vorerwähnte Reizwirkung verursachen. Dadurch erscheint es erklärlich, daß durch einen einzigen, vielleicht nicht umfangreichen Herd Halluzinationen auf mehreren Sinnesgebieten hervorgerufen werden.

Die Herderkrankung bewirkte also in unserem Falle verschiedene Störungen: Diejenige, welche wir mit dem zusammenfassenden Namen der Aphasie bezeichnen, dann eine dauernde Verstimmung mit Affektschwankungen, endlich das Auftreten von Halluzinationen. Aus der Verquickung derselben hat sich das eigentümlich verzerrte Bild eines chronischen systemisierten Wahnes gebildet. Es würde die Gemütsstörung und die Halluzinose an sich ausreichen eine Paranoia hervorzurufen. Da aber die erstere in naheliegenderem Zusammenhange mit der Aphasie steht, anderseits die Aphasie die Ursache einer allgemeinen Veränderung der cerebralen Funktion ist, welche nicht nur den Boden für die Entwicklung der weiteren Störungen vorbereitet, sondern denselben auch eine ganz bestimmte Richtung gibt, so haben wir volle Ursache in dem vorliegenden Falle in der zuerst aufgetretenen (dem aphasischen Symptomenkomplex) das schwerwiegendste Moment für die später aufgetretene Paranoia anzunehmen, sofern man dem psychologischen Mechanismus nicht jede Fähigkeit weitere Wirkungen auf den Ablauf des Denkprozesses auszuüben abspricht.

Daß bei unserem Patienten der Alkohol ein prädisponierendes Moment sein konnte, in der Art, daß er eine Schwächung im allgemeinen verursachte, ja vielleicht sogar, daß er zur Bildung oder Vorbereitung der oben erwähnten Toxine und dadurch zur Entstehung der Halluzinationen beigetragen, ist wohl anzunehmen. Keineswegs kann man die Psychose aber als einfache Alkoholparanoia ansehen. Dagegen spricht vor allem, daß sich dieselbe

zu entwickeln begann, nachdem Patient durch ein volles halbes Jahr gar keinen Alkohol zu trinken bekommen hatte. Ferner ist die Art ihrer Entstehung und der ganze Verlauf so eigenartig und durchsichtig, daß eine weitere Differenzierung vollkommen überflüssig erscheint.

Eine besondere Aufmerksamkeit mußte in diesem Falle der Beobachtung sämtlicher Ausdrucksmittel des Kranken zugewendet werden. Die Sprache hatte so starke Schädigungen erfahren, daß dieses normale und einfachste Verständigungsmittel über die Gedankengänge allein nicht mehr ausreichen konnte, sondern Mimik und Gesten vom Kranken reichlich unterstützend verwendet wurden, weshalb dieselben im klinischen Bilde besonders hervorgetreten sind. Da aber in den beabsichtigten Ausdrucksbewegungen oftmals unlogische Erscheinungen vorkamen, war das Studium seines gesamten Verhaltens, seiner Tätigkeit, wenn er sich unbeobachtet glaubte, und seiner unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen in Verbindung mit sprachlichen Äußerungen von Wichtigkeit für die richtige Beurteilung des Patienten.

Im Folgenden teile ich einen zweiten Fall aus der hiesigen Klinik mit, den ich nur teilweise selbst zu beobachten Gelegenheit hatte:

Fall II. Am 24. August 1900 wurde der 60 Jahre alte Martin Kovacic, Steuerexekutor, aus dem städtischen Spitale in Cilli mit einem Parere der Klinik übergeben, in welchem folgende anamnestischen Daten enthalten sind:

Seit einer Reihe von Jahren soll Patient viel getrunken haben. In den letzten 12 Jahren war die Steigerung seiner Reizbarkeit oft so weit gegangen, daß er aggressiv wurde und seiner Umgebung Gefahr brachte. Vor 8 Jahren soll er an einer „Zungenlähmung“ gelitten haben, welche sich nach dreitägiger Dauer so weit besserte, daß er wieder deutlich sprechen konnte. Seit 3 Wochen sei er verwirrt, könne nicht mehr lesen und schreiben, spreche fortwährend von Christus. Sei auch unrein und verrichte seine Not im Zimmer.

Bei der Aufnahme ist Patient ruhig, scheint sich zu orientieren. Er hört zweifellos, ist aber nicht imstande, den Sinn des Gesprochenen zu verstehen, sucht aber, indem er Mienen und Mundbewegungen des Sprechenden verfolgt, den Inhalt der Frage zu erraten.

Status somaticus: Mittelgroß, mäßig kräftig, seniles Aussehen. Kopf symmetrisch, auf Beklopfen nicht schmerzhaft. Pupillen weit, gleich, Reaktion fehlt. Über Augenmuskelerkrankungen und Akkomodationsreaktionen derzeit nichts zu eruieren, da Patient den Aufforderungen nicht nachkommt. Zunge wird

gerade vorgestreckt, zittert. Der rechte Mundwinkel ist eine Spur schlechter innerviert. Tremor der Hände. Bei Bewegungen bleibt rechte obere Extremität etwas zurück. Händedruck beiderseits mäßig kräftig. Reflexe der oberen Extremitäten nicht gesteigert, auch kein gröberes Ungeschick. Knie-sehnenreflexe auslösbar. Herztöne klingend, der zweite Pulmonalton stark akzentuiert. Körperhaltung gerade, kein Schwanken bei Augenschluß. Gang normal.

Status psychicus:

A. Perzeption.

1. optische: Patient sieht, fixiert vorgehaltene Gegenstände, nimmt zu ihnen Stellung. Es ist nicht ersichtlich, ob er Flächenunterschiede perzipiert.
2. akustische: Er hört, vielleicht etwas schlechter.
3. taktile: Perzipiert auch Tasteindrücke, lokalisiert sie im groben auch richtig.
4. Untersuchung von Geruch und Geschmack gibt unsichere Resultate.

B. Apperzeption.

Im groben ist die Fähigkeit von optischen, akustischen und Tastsinns-wahrnehmungen erhalten.

C. Unmittelbare Nachahmung.

1. Nachsprechen: a) von einfachen Lauten:

A	ma, marant
E	maren, marel
J	maren, maren maren
O	marel, morel
U	maren, gu, goren
C	vameten, eten, gogent, gonten
M	rahe, he-chen
F	va-men
L	vel-men
S	vel-men, val-men

- b) von Buchstabenkombinationen:

Leben	vet-len
Tiger	vlet-le-len
Dame	ve-te-ran
Dame	ve-dan
Lager	ve-te-ran
Zimmer	ve-te-ran oder ran oder wie es heraus- kommt.

c) Nachsprechen gelingt überhaupt nicht, nur ab und zu werden die gleichen Vokale gewählt. Es besteht ausgesprochene Perseveration.

2. Nachsingen von Melodien:

Volkshymne	gelingt
Dachsteinlied	singt die Volkshymne
O du lieber Augustin	gelingt zur Not
Radetzkymarsch	gelingt nicht.

Hierbei zeigt sich auch, daß Spontansingen nicht gelingt, sondern, daß ungeordnet irgendwelche Töne aneinandergereiht werden.

3. Nachpfeifen: Volkshymne gelingt.

4. Andere Zungenlaute:

Quaken	Pfeift sinnlos
Miau	va-na ter, bla-ra-de-ton
Pfauchen	va-na, na-na
Grunzen	va-na, va-na-te.

5. Mienen- und Gebärdennachahmung:

Zunge zeigen	gelingt
Kopfschütteln, Lachen,	
Nasedrehen	gelingt nicht
Feige zeigen	gelingt.

6. Nachschreiben: Einzelne Buchstaben und kurze Worte werden mit zitternder Schrift richtig, längere Worte ziemlich fehlerhaft nachgeschrieben.

7. Nachzeichnen einfacher geometrischer Figuren: Geschieht nach längeren Versuchen sehr mangelhaft.

D. Äußerung intellektueller Vorgänge, die durch rein innere Assoziationen ablaufen.

1. Sprachliche Äußerungen.

a) durch Anregung von außen:

Reihen:	
Zählen	Vo-ran-zin-dan-zemen-sass
Alphabet	Oder-an, von-an
Vaterunser	vol-an-got-an-vid an
Wie heißen sie?	Martin-Josef-dan
Wie heißt der Kaiser?	Kaiser Josef, unser Kaiser
Wie heißt der Vater?	Josef Vater mein — schon lange weg
Wie alt sind sie?	Martin — Joran

b) Spontan sprechen.

Patient spricht spontan zeitweilig sehr wenig, zu anderen Zeiten ununterbrochen fort, ohne darauf zu achten, ob man ihm Aufmerksamkeit schenkt, wird dann gewöhnlich etwas erregt. Hierbei ist auffällig, daß Patient besser als sonst seine Rede durch Mimik und Gebärden unterstützt. Das Spontansprechen selbst ist ein sehr schlecht artikuliertes. Die Intonation ist gleichförmig. Der sprachliche Ausdruck ist meist vollkommen paraphatisch, nur wenige Worte werden richtig ausgesprochen, die Satzbildung geschieht nach Art der Kinder meist in Infinitiven, z. B.: „daß nicht verstehen, weil das nicht sprechen können“.

2. Die Sprache ersetzende und ergänzende Geberden: Sind spärlich und nur selten dem Sinne des Gesprochenen kongruent.

3. Spontanschreiben: Schreibt seinen Namen mit zitternder Schrift, dann einige sinnlose Buchstabenkombinationen.

E. Identifizierendes Erkennen.

1. Unter Ausschluß der Sprache: Das Zusammenlegen gleichartiger Gegenstände gelingt nicht, aus dem Versuche geht aber hervor, daß er die Gleichartigkeit der Gegenstände erkennt.

2. Identifikation eines Sinneseindrucks mit einem Sprachbegriffe:

Löffel	richtig
Kamm	nimmt die Bürste
Kamm	sieht einige Zeit herum, dann richtig.
Seife	sieht herum, ergreift ratlos die Kreide, dann die Feder
Kerze	nimmt zuerst die Kreide, dann gleichsam sich korrigierend, die Seife und macht damit die Gebärde des Zähneputzens.
Handtuch	fängt an, vollkommen paraphatisch zu sprechen und deutet mit beiden Händen gegen seine Brust, ohne daß diese Gebärde mit seinen Worten in Einklang zu bringen ist.
Hut	richtig
Nadel	paraphatischer Redefluß, macht dabei mit der linken Hand in Pfötchenstellung bohrende Bewegungen gegen den Mund.

Abbildungen:

Uhr	deutet auf alle möglichen nebenstehenden Abbildungen.
Lampe	nach einigem Hin- und Hersuchen richtig „da ja, da drin, ist grad a so“.
Scheere	zeigt auf das Messer, sucht dann ratlos herum.
Egge	deutet auf eine Abbildung nach der anderen, nur nicht auf die richtige.
Schwein	richtig.
Hirsch	deutet auf den Eber „Ja, da is alle drin sein“
Schwan	deutet auf den Strauß „Da is der ga-gi-go da i genau“.

Farben:

Rot	„das is für einen schönen das da hier“
Grün	„das is, das is, nichts so“
Blau	„is auch nit drinnen“.

F. Umsetzen von Sinneseindrücken in sprachliche Begriffe.

a) optische:

Löffel	„das is für mi, ghört für mi, das, das“.
Seife	„das is eh für mi das“, fährt dabei mit dem Finger in den Mund.
Bürste	„das is a für mi, wann ma so braucht kann ma“ nimmt dabei die Bürste und macht die Bewegung des Abbürstens.
Kamm	„das is für mi, soll ma hinauf dem, dem“.
Zündhölzchen	„Is auch so Ding, wenn ma heraushebt, für mich kann ma“.
Uhr	„Meine ma leitn für mich, da hab ich noch eine zuhaus, mein Frau wirds bekommen für mich, hab ich eins, da is das, gehört Meinigkeit, da is grad, da is hoch, da is drinnen“.
2 Kronen	„Das sind zwei Krot, Krot für mich, 1, 2, 3 acht, achte hab so für mich“.
Schlüssel	„Das verschieden Kass, 1, 2, 3, 7, 8, dann kann ich schon Kohlhasen für mich“.

G. Lesen.

1. Buchstaben:

M	„Das is Max ganz so genau“.
E	„Ja, das is ganz wie das Eins, ganz meine so so“.
D	„Da is wieder schön zam, das is eine wans ganz genau“.
z	„Da is aber do das schon do ganz gut“.
a	„Das is da zwang ganz gut, genau so weiß, das kann ich schon gleich machen“.

2. Zahlen:

5: „Das is z, so das iser das man genau, wenn i nur kennt zu si“.

4: „1, 2, 3, 4, vier kanns glei sein“.

8: „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 achten passen, so viel kann i sagen“.

20: „1, 2, 2,“ deutet auf die Null: „Das nie“.

35: „Das is 1, 2, 3, dann is aber so früher“.

94: „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 der Neuner is so, das thans weh, weh“.

Sie Esel: deutet auf die einzelnen Buchstaben und fährt sie nach:

„Selbe eins, das eine, dann is meine wieder so, dasselbe wieder so“.

Geschriebenes kann Patient ebensowenig entziffern wie Gedrucktes und benimmt sich dabei gleichermaßen ungeschickt.

Aus dem Krankheitsverlaufe berichte ich nur, daß Patient bei ruhiger Stimmungslage keine Auffälligkeiten in seinem Spontanverhalten bot. Er wurde deshalb im April 1901, nachdem sich seine Aphasie nur wenig gebessert hatte, seinen Angehörigen in häusliche Pflege übergeben.

Nach zwei Monaten kam er wegen der Unmöglichkeit ihn genügend zu beaufsichtigen und der daraus entstandenen Mißhelligkeiten neuerlich zur Aufnahme. Bei dem nun abermals genau aufgenommenen Status psychicus ergaben sich gegen den bei der ersten Aufnahme verfaßten so wenig Differenzen, daß ich ihn füglich übergehen kann. Aus der Zusammenfassung desselben ergibt sich:

Willkürliche Sprache: paraphatisch ohne Artikulationsstörungen (bebende Intonation, Silbenstolpern, Monotonie).

Nachsprechen: unmöglich.

Sprachverständnis: fast vollkommen erloschen.

Lesen: unmöglich.

Spontanschreiben: rudimentär und paraphatisch.

Diktatschreiben: unmöglich.

Nachschreiben: teilweise möglich (ohne Verständnis).

Das Erkennen und Bezeichnen von Gesehenem hat schwer gelitten. Patient ist jedoch imstande sowohl einzelne Gegenstände zum Gebrauche zu erkennen, als anderseits einzelne Sinneseindrücke zu bezeichnen und einzelne Sprachbegriffe zu identifizieren. Die willkürliche Gebärdensprache ist mangelhaft, die ergänzenden Gebärden sind paraphatisch. Das Verständnis für Gebärden relativ gut erhalten. Die Orientierung im Raume geschieht gut. Das Spontanverhalten ist geordnet, die Stimmung ruhig, Aufmerksamkeit deutlich vorhanden.

Aus dem ausführlichen Dekursus hebe ich im Folgenden nur die wichtigsten Daten aus:

4. Juli. Patient ist sichtlich kongestioniert, aufgeregt, klagt über Kopfschmerzen.

1. Oktober. Bringt paraphatisch Eifersuchtsideen vor: „meine Frau zu Hause . . . fesche Bursch . . . Lump zu Hause“ etc. Dabei heftiger Affekt, lebhaftes Gebärden. Ist gereizt gegen die Ärzte, verweigert das Eingehen auf die Unterredung: „danke sehr!“ Affekt der Ablehnung. Patient ist gereizt über seine Detenierung, möchte nach Hause.

2. Oktober. Kommt heute in weinerlichen Affekt, beschuldigt seine Mitpatienten, daß sie ihm alles mögliche antun. Scheint zu halluzinieren.

7. Oktober. Patient ist in großer Erregung, erzählt höchst lebhaft und mit reichlichen Gesten von einer Mißhandlung oder sonstigen Feindseligkeit, die ihm heute von drei Herren widerfahren sei. Die Erzählung ist schwer verständlich, da Patient nahezu ohne Substantiva spricht, es fehlen ihm fast alle konkreten Begriffsbezeichnungen, auch scheint er von dem, was zu ihm

gesprochen wird, das Wenigste zu verstehen, da er nur Aufforderungen nachkommt, wie: kommen Sie her! oder: setzen Sie sich! Komplizierteren Aufforderungen gegenüber reagiert er fast gar nicht (etwas besser, wenn sie in slovenischer Sprache gestellt werden). Auf die Frage nach dem Namen von Gegenständen antwortet er meistens: „das ist bei mir gewesen — für mich“ kann aber den Gegenstand nicht benennen. — Allmählich ziemliche Beruhigung.

14. Oktober. Der Aufforderung sich zu setzen, kommt er mit einer angedeuteten Sitzbewegung in der Luft nach. Aufgefordert in den Sack zu greifen, deutet er die Bewegung gleichfalls nur an. Die Aufforderungen, die Lade zu öffnen, dann die Mütze aufzusetzen, befolgt er prompt. Die Zunge zeigen — Patient öffnet den Mund und zieht die Zunge zurück. Die Augen schließen — Grimassieren mit dem Munde. Meistens begleitet ein paraphatischer Redeschwall besonders die mißlingenden Versuche. Aufgefordert das Kaiserbild zu zeigen, antwortet er nur mit einer Flut von Worten. Ein Blick des Arztes auf das Bild genügt, um die Aufforderung verständlich zu machen und die richtige Reaktion auszulösen. Wenn er optisch unterstützt wird, ist er derart imstande, vielen Aufforderungen nachzukommen. Auf sehr oft wiederholte Aufforderungen kommt er auch ohne optische Unterstützung nach.

16. Oktober. Auf die Frage, wo er hier sei, antwortet er: „Ich kann nicht so sprechen, es ist jetzt hier (deutet auf den Kopf) so anders hier, so viel drinn“. Leichte Ermüdbarkeit ist durch bedeutendes Nachlassen des Wortverständnisses während einer nicht zu langen Untersuchung deutlich.

17. Oktober. Erregt, desorientiert, bringt er Wahnideen vor: er sei lange schon Kaiser. Nennt auch den Arzt Kaiser. Spricht verwirrt und vielfach unverständlich, aber mit lebhaften Gesten. Fragesätze faßt er nicht auf, sondern nur hier und da ein Wort. Gebärdensprache wird besser verstanden. Die Paraphasie wird in der Erregung noch evidenter.

10. November. Patient ist wiederum unruhig, glaubt sich von Mitpatienten geneckt und verfolgt.

24. Dezember. Patient ist sehr erregt, seigt durch Körperstellung, Zuhalten der Ohren, Aufhorchen etc., daß er auch während seines Sprechens halluziniert. Unaufhaltsames Sprechen, auch wenn man ihm nicht zuhört. Meint, daß er sterben müsse, ängstigt sich, weil niemand von seinen Angehörigen ihn besuchen kommt.

18. Januar. Erzählt, man habe über ihn „geschumpft“, der sei jetzt fort. Deutet dabei fortwährend auf seine Ohren.

20. Januar. Lebhaft in den Arzt einredend: Er sei ganz gesund nur von einem anderen hierhergebracht worden etc.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Direktor Sterz (Feldhof) ist es mir möglich geworden, den Kranken kürzlich (also 3½ Jahre nach der ersten Aufnahme) neuerlich zu untersuchen. Die Erscheinungen der Aphasie sind bedeutend vorgeschritten. Von allen an ihn gerichteten Fragen verstand er nur eine: wie heißen sie? und gab darauf prompt seinen Namen an. Das

Verständnis für Gebärdensprache ist ein minimales geworden. Die Denktätigkeit ist entsprechend gesunken. Der Kranke kann sich heute noch nicht in einem Zimmer und seinen Nebenräumen orientieren, in welches er vor acht Monaten transferiert worden ist. Er versucht öfters in den Winkeln des Zimmers seine Notdurft zu verrichten. Im allgemeinen ist er ruhig, apathisch. Nachts wird er manchmal unruhig und scheint dann, zuweilen aber auch bei Tag, Gehörshalluzinationen zu haben.

Dieser zweite Fall hat unstreitig eine große Ähnlichkeit mit dem erstbeschriebenen. Auch hier ist es ein Alkoholiker, welcher eine vorwiegend sensorische Aphasie akquiriert, mehrere Monate darauf, nachdem er sich ruhig und geordnet verhalten hatte, zu halluzinieren beginnt und Wahnideen äußert. Diese letzteren hatten ursprünglich die Form von Eifersuchtsideen, was darauf bezogen werden kann, daß Patient ein starker Trinker war. Wenn er auch seit fast einem halben Jahre keinen Alkohol mehr erhielt, so ist es doch naheliegend, daß sich bei einer andersartigen Schädigung seiner Denktätigkeit ein locus minoris resistentialis in erster Linie und in derselben Weise geltend machen mußte wie bei den meisten Potatoren. Auch hier traten anfangs starke Schwankungen in den Affekten und im allgemeinen eine Verschiebung der Stimmungslage auf. Erst später stellten sich Größen- und Verfolgungsideen ein. Der Kranke bietet wieder das eigentümlich verzerrte Bild der Paranoia. Der Zusammenhang der Symptome tritt in dieser Krankengeschichte nicht so überzeugend in Erscheinung wie in der ersten, weil der Kranke eine entschieden schwerere Störung seiner Sprachfähigkeit hatte und alle jene Kleinigkeiten, welche den mit dem Kranken Vertrauten befähigen selbst aus seinen paraphatischen Äußerungen auf den Sinn des Gesprochenen zu schließen, sich kaum zu Papier bringen lassen. Solche Kranke verlieren häufig die Fähigkeit der Kombination aller ihnen zu Gebote stehenden Ausdrucksmittel. Die Mimik verodet und wird zum Teil pervers. Die Gesten stehen nicht in logischem Zusammenhang mit den Worten, ja selbst Tonfall und Stärke der Stimme haben kein sinngemäßes Verhältnis zum Gesprochenen. Diese — wenn man im Sinne *Wolff's* so sagen darf — Dissoziation der Ausdrucksmittel verursacht aber eine bedeutende Schwierigkeit, den Gedankenausdruck des Aphasikers, besonders wenn sich dieser in abnormen Affektlagen befindet, zu beurteilen. Nur derjenige

ist imstande dieselbe zu überwinden, welcher alle bei einem langen Verkehr mit dem Kranken und einem individualisierenden Studium desselben zutage tretenden Nuancen in der Ausdrucksfähigkeit dieser einzelnen Person kennen und beurteilen gelernt hat. Es ist klar, daß sich alle diese Details schwer innerhalb einer Krankengeschichte unterbringen lassen und wenn wir uns an der Hand einer solchen stellenweise fragen, wieso dieser oder jener Ausspruch eines paraphatischen Menschen gedeutet oder gerade in diesem Sinne gedeutet werden konnte, bleibt uns oft nichts anderes übrig, als der objektiven Betrachtung und gewissenhaften Darstellung des Beobachters zu vertrauen.

Cramer (32) beschreibt einen Fall der sich an die beiden hier mitgeteilten eng anschließt. Bei einem 69 Jahre alten Manne, welcher, wie in der Anamnese berichtet wird, schon einige Zeit ein etwas abnormes psychisches Verhalten gezeigt hat, tritt nach einem apoplektiformen Anfalle eine vorwiegend sensorische Aphasie auf, in deren Verlauf sich das Bild einer Paranoia entwickelt. *Cramer* bemerkt hierzu: „Die komplizierende Seelenstörung steht in augenscheinlicher Kontinuität mit den aphasischen Störungen: das gestörte Wortverständnis, die Schwierigkeit sich zu orientieren, die Verkenennung von Personen, das dunkle Gefühl der veränderten Persönlichkeit, zudem später, als tiefere Störungen der Intelligenz vorlagen, die Verifikation von Träumereien — all das führte zu einer wahnhaften Auffassung der Umgebung in Form von Beeinträchtigungsideen“.

Kreyher (33) veröffentlichte einen weiteren analogen Fall. Bei einer 51jährigen Frau mit einem Herzfehler entsteht nach dem zweiten Schlaganfalle eine sensorische Aphasie. Während sich diese immer mehr bessert, entwickeln sich Halluzinationen und eine Paranoia. Interessant ist in dieser Krankengeschichte, wie sich die allgemeinen Gefühlsstörungen an die durch das Herzleiden hervorgerufenen lokalen Körpergefühle anschließen und wie die letzteren zuerst in den wahnhaften Vorstellungen der Kranken eine Rolle spielen. Zweifellos haben auch in diesem Falle das gestörte Wortverständnis durch Erregen von Mißtrauen und Vorstellungen von Beeinträchtigung zu einer wahnhaften Auffassung der Umgebung wesentlich beigetragen.

Wenn wir aus den vier angeführten Krankengeschichten das Gemeinsame herausfassen, so sehen wir bei Menschen, deren Gehirn durch andere Noxen bereits irgendwie geschwächt war, nachdem sich durch eine Herderkrankung eine Aphasie entwickelt hatte, aus der letzteren, d. h. in teilweise direktem kausalem Zusammenhange mit derselben, das Bild eines chronischen systemisierten Wahnes entstehen.

Diese Paranoia der Apathiker nimmt in der Gesamtheit der unter dem Namen Paranoia zusammengefaßten Krankheitsbilder eine einigermaßen isolierte Stellung ein, insofern die Ätiologie in allen Fällen eine bekannte und gleichartige ist und deshalb auch der Ablauf der Erscheinungen, welche durch die Aphasie eine eigentümliche Verschiebung erfahren, gewisse Ähnlichkeiten bietet. Jedenfalls wird der Zusammenhang zwischen Geistes- und Herderkrankung durch diese Krankheit mindestens ebenso deutlich wie in dem Falle einer transkortikalen Aphasie von *Wernicke*, wenn wir auch die anatomischen Beweise für die evidenten klinischen Erscheinungen noch nicht zu erbringen vermögen. Ebenso wie *Bonhöffer* (34) sagt: „Daß bis jetzt der anatomische Nachweis der Läsion bestimmter Assoziationswege — wenigstens für die transkortikale, motorische und sensorische Aphasie — nicht erbracht ist, steht wohl außer Zweifel. *Déjérine* hat deshalb bis zu einem gewissen Grade recht, diese Aphasieformen für im Wesentlichen theoretische Konstruktionen zu erklären. Wenn er aber damit die klinische Existenz solcher Fälle in Abrede stellen wollte, so ist das irrtümlich“ — ebenso können wir heute schon beanspruchen, aus den klinischen Erscheinungen in unseren Fällen Schlüsse zu ziehen, deren detaillierte anatomische Begründung späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben muß.

Die Beobachtung derartiger vollkommen ausgebildeter Psychosen im Gefolge von Aphasie kann aber weiterhin eine Anregung sein, den auch nicht so hochgradigen psychischen Störungen der Apathiker größere Aufmerksamkeit zu schenken, wie dies von *Marie* und *Vaschide* (35, 36 u. a. m.) bereits systematisch geschieht. Daß dieselben bisher einer genaueren Betrachtung nur selten gewürdigt worden sind, mag wohl in mehreren naheliegenden Tatsachen seinen Grund haben. Einerseits sind die Erscheinungen,

unter denen aphatische Erkrankungen ablaufen, so mannigfaltig und hat jede neue Variante derselben so viel Wert für den Ausbau unseres Wissens von der Aphasie, daß das Interesse sich ganz von selbst auf diese konzentriert und die in den Hintergrund tretenden psychischen Symptome leicht vernachlässigt werden. Andererseits macht das Zusammentreffen des sprachlichen Inhalts- und Ausdrucksdefektes begreifliche Schwierigkeiten der Beobachtung, welche zu überwinden, mangels der Kenntnis einer praktischen Bedeutung der letzteren, die Anregung gefehlt hat.

Wenn sich aber, wie in den hier beschriebenen Fällen, ein deutlicher Zusammenhang zwischen Psychose und Herderkrankung in der Art ergibt, daß die Herderkrankung teils Ausgangspunkt, teils direkte Ursache einer komplizierten Assoziationsstörung ist, gewinnen die psychischen Störungen durch diese ätiologischen Stützen nicht nur eine besondere Bedeutung in der Reihe der gleichartigen Krankheitsbilder, sondern wir werden auch dazu gedrängt, den weniger entwickelten Symptomen psychischer Schädigungen bei Herderkrankungen ebensowohl unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden, wie jenen Lokalerkrankungen, welche wir in den Bereich der ätiologischen Momente einer Psychose ziehen können.

Von einem anderen Standpunkt aus hat *Anton* (l. c.) in gleichem Sinne gesprochen, indem er sagte: „Die Psychologie der Herdsymptome — besonders der Gehirnrindenverletzungen — wurde bei dem allgemeinen Bestreben, äußerlich eruierbare Herdsymptome zu finden, vielleicht zu wenig berücksichtigt; und doch kommt dieser subjektiven Symptomatik gewiß ein hoher Wert zu, sowohl für die diagnostischen Aufgaben als auch für das praktische Verständnis des Kranken“.

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. *G. Anton*, spreche ich für die Anregung zu dieser Publikation und ihre Förderung meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

1. *Heilbronner*, Über den heutigen Stand der pathologischen Anatomie der sogenannten funktionellen Psychosen. Bergmann. Wiesbaden 1901.
2. *Meynert*, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
3. *Fritsch*, Über die verschiedenen Formen von Aphasie mit Beziehung zu den Geistesstörungen. Jahrbücher für Psychiatrie 1881 II. S. 167.

4. *Wernicke*, Aphasie und Geisteskrankheit. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden 1890 S. 273 und Gesammelte Aufsätze zur Pathologie des Nervensystems S. 153 und Deutsche med. Wochenschr. 1890 No. 21 und Deutsche med. Wochenschr. 1895 No. 11.
5. *Heilbronner*, Aphasie und Geisteskrankheit. Psych. Abhandlungen von G. Wernicke. Heft 1. Breslau. Ferner: Allgemeine Zeitschr. f. Psych. 55. Bd. Bericht über die 74. Versammlung d. Ver. Ostdeutscher Irrenärzte, dann Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorgane. 24. Bd. S. 83.
6. *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie, in klinischen Vorlesungen. Leipzig 1900.
7. *Pick*, Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. Prager med. Wochenschr. 1892 No. 16.
8. *Klinke*, Über Sprachstörungen aus Hypochondrie und ähnliche Störungen der formalen Lautsprache bei Geisteskranken überhaupt. Allg. Zeitschr. f. Psych. 48. Bd. S. 233.
9. *Bischoff*, Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie nebst Bemerkungen etc. Arch. f. Psych. Bd. 32 S. 730.
10. *Westphal*, Über Aphasie. Deutsche med. Wochenschr. 27. Jahrg. V. Blg. S. 128.
11. *Bastian*, Über Aphasie und andere Sprachstörungen. Deutsch. Leipzig 1902.
12. *Vogt*, Über die Beziehungen zwischen Aphasie und Demenz. Neurolog. Zentralblatt. 21. Jahrg. 1902 S. 717.
13. *Kussmaul*, Die Störungen der Sprache. 3. Aufl. Leipzig 1885. S. 171.
14. *Hughes*, Medico-legal aspects of aphasia. Alienist and Neurolog. No. 3. 1903.
15. *Friedländer*, Aphasie und Demenz. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Hamburg 1901. II. T. 2. Hälfte S. 273.
16. *Sarda*, Les aliénés devant la loi pénale. Nouveau Montpellier Méd. 1898 T. VII.
17. *Normann*, Considerations on the mental state in aphasia. Journal of mental science. Bd. 45 S. 326.
18. *Elder und Gairdner*, A Discussion on aphasia in relation to testamentary capacity. Brit. med. Journ. 3. Sept 1898.
19. *Hepp*, Geistesstörung bei traumatischer Aphasie. Dissertation. Tübingen 1898.
20. *Ducassee und Vigouroux*, Du délire systemisé. Rev. de psych. 3. ann. Mars 1900. ref. Jahresbericht S. 960.
21. *Specht*, Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Deichert, Leipzig.
22. *Bresler*, Zur Paranoiafrage. Psychiatr. Wochenschr. III. 1901 S. 170.
23. *Bleuler*, Zur Genese der paranoischen Wahnidee. Psychiatr. Wochenschr. III. 1901 S. 254.
24. *Margulies*, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. X. 1901 S. 265.
25. *Schultze*, Paranoiafrage. Deutsche med. Wochenschr. 1904 Heft 3 u. 4.

26. *Anton*, Über die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. Archiv f. Psych. Bd. 32 Heft 1.
 27. *Touche*, Cécité corticale. Hallucinations etc. Comptes rendus de la société de biologie LII. 1900 S. 390.
 28. *A. Cramer*, Über Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen etc. Archiv f. Psych. XXVIII. S. 875.
 29. *Jolly*, Über Aphasie. Neurolog. Zentralbl. Bd. 18 S. 952 (Vortrag auf der Naturforscher- und Ärzte-Versammlung. München 1899).
 30. *Fr. Müller*, Seelenblindheit. Archiv f. Psych. XXIV. S. 856.
 31. *Mott*, Tabes in asylum and hospital practice. Archives of Neurologie. II. S. 261.
 32. *K. Cramer*, Zur Lehre der Aphasie. Archiv für Psychiatrie Bd. 22 S. 141.
 33. *Kreyher*, Ein Fall von sensorischer Aphasie mit Ausgang in halluzinatorische Paranoia. Inangural-Dissertation. Berlin 1896.
 34. *Bonhoeffer*, Kasuistische Beiträge zur Aphasielehre. Arch. f. Psych. 1903 Bd. 37 S. 820.
 35. *Marie et Vaschide*, Recherche sur l'association des idées chez les aphasiques. Archives de Neurologie. II. série tom. XVI 1903 S. 174.
 36. *Marie et Vaschide*, L'automatisme mental des aphasiques. Archives de Neurologie. 1903 S. 528.
-

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Protokoll der zweiten Jahresversammlung des Vereins Bayerische Psychiater zu Ansbach am 24. Mai 1904.

Anwesend waren die Herren: *Adam-Karthauss-Prüll, Alzheimer-München, Ast-München, Beckh-Nürnberg, Brandl-München, Bruglocher-Ansbach, Burkhardt-Ansbach, Catoir-Frankenthal, Dees-Gabersee, Eccard-Klingenmünster, Ehrenfeld-Irsee, Feldkirchner-Karthauss-Prüll, Fritz-Bayreuth, Glas-München, Herfeldt-Ansbach, Hock-Kaufbeuren, Hügel-Klingenmünster, Kraepelin-München, Link-Deggendorf, Löbl-Gabersee, Ludwig-München, Maar-Ansbach, Meyer-Ansbach, Müller-München, Neupert-Erlangen, Oppermann-Erlangen, Passow-Meiningen, Probst-München, Rehm-Neufriedenheim, Rieger-Würzburg, Sandner-Ansbach, Schnorr v. Carolsfeld-Obersending, Schum-Werneck, Schwarz-Bayreuth, Seif-München, Stranzky-Wien, Ungemach-München, Utz-Ansbach, Vocke-München, Vogler-Werneck, Wacker-München, Weygandt-Würzburg* - im ganzen 42 Teilnehmer.

Vorsitzende: Direktor Dr. *Vocke-München*, Direktor Dr. *Herfeldt-Ansbach*. Schriftführer: k. Oberarzt Dr. *Ungemach-München*, Assistenzarzt Dr. *Probst-München*.

Kooptiert zur Protokollführung: Dr. *Sandner-Ansbach*.

Direktor Dr. *Vocke-München*, I. Vorsitzender, begrüßt die Versammlung den im Namen der k. Regierung erschienenen Kreismedizinalrat Dr. *Bruglocher*, den Vertreter des ärztlichen Bezirksvereins Dr. *Maar*, Professor Dr. *Kraepelin*, dem er besonders herzliche Worte widmet.

Kreismedizinalrat Dr. *Bruglocher* begrüßt die Versammlung im Namen der Regierung und verweist auf die neue Anstalt, bei deren Erbauung der Landrat keine Mühen und Kosten gescheut habe.

Vorsitzender Dr. *Vocke* dankt ihm.

Dr. *Maar* begrüßt die Versammlung im Namen des Bezirksvereins.

Direktor *Vocke* dankt ihm, verliest dann Begrüßungs- und Entschuldigungsschreiben von Herren Obermedizinalrat v. *Grashey-München*, Direktor *Ulrich-Kaufbeuren*, Direktor *Kraußold-Bayreuth*, Direktor *Würschmidt-Erlangen*, Prof. *Specht-Erlangen*, Dr. *Lehmann-Bamberg*.

Sodann gibt er geschäftlichen Rechenschaftsbericht. Er weist hin, wie eine Kollision mit der Tagung in Baden-Baden vermieden wurde. Dann bespricht er:

1. Den Erfolg der vorjährigen Resolution bezüglich der Trinkerheilstätten; es seien Zirkulare an die Vorsitzenden der bayerischen Ärztekammern gegangen; die Resolution sei von sämtlichen Ärztekammern unterstützt worden; dieselbe sei auch dem k. Staatsministerium des Innern mit einem pro memoria unterbreitet worden. Zurzeit bestehe aber wenig Aussicht, weil dadurch, daß zurzeit 3 bayerische Kreise mit Anstaltsneubauten beschäftigt seien, die Mittel nicht langten.

2. Wurde auf Antrag *Link* an das Justizministerium berichtet, daß die Gerichte von Entmündigungen resp. Aufhebung von Entmündigungen den Anstaltsdirektionen Kenntnis geben sollten. Es erschien im Justizministerialblatt eine Verordnung vom 28. Februar 1904, welche bestimmt, daß die Amtsgerichte den Anstaltsdirektoren von Entmündigungen und Aufhebung von solchen Kenntnis zu geben haben.

3. Betreff Gewährung von Reisezuschüssen. Durch Zirkular war mit sämtlichen bayerischen Direktoren ins Benehmen getreten worden. Noch im diesjährigen Etat wurden an 3000 M. bewilligt. Die Wirkungen zeigten sich bereits in der Beteiligung der Bayern am Kongreß zu Göttingen, woselbst 13 Vertreter von den 11 bayerischen Anstalten sich eingefunden hatten.

K. Oberarzt *Ungemach* - München legt Rechenschaftsbericht ab: Kassenbestand 111 M. 74 Pf. bei 81 Mitgliedern und einem Jahresbeitrag von 2 M. pro Mitglied. Einnahmen 162 M., Ausgaben 57 M. 45 Pf., Aktivrest 216 M. 29 Pf. Direktor *Link*-Deggendorf prüft die Rechnungen.

Auf Antrag des Vorsitzenden wird der Jahresbeitrag von 2 M. festgehalten.

Als nächster Versammlungsort wird München gewählt, wozu eine Einladung von Prof. *Kraepelin* vorliegt, die nächste Versammlung in der dortigen neuen psychiatrischen Klinik abzuhalten.

Auf Antrag Prof. *Kraepelins* wird durch Akklamation Direktor Dr. *Vocke* - München neuerdings zum ersten Vorsitzenden gewählt; auf Antrag *Vockes* bleibt dann auch die bisherige weitere Vorstandschaft unverändert bestehen.

Nach Erledigung des geschäftlichen Teiles beginnt die Reihe der Vorträge.

Direktor *Dees*-Gabersee: über „Unabkömmlichkeit des männlichen Pflegepersonals im Mobilmachungsfalle“:

Meine Herren! Der Verein Bayerischer Psychiater hat gelegentlich seiner vorjährigen Versammlung zu München verschiedene Beschlüsse gefaßt, die sich auf die Unabkömmlichkeit des männlichen Pflegepersonals der Kreisirrenanstalten resp. Heil- und Pflegeanstalten im Mobilmachungsfalle beziehen, und mich beauftragt, die bezüglich Erhebungen zu pflegen, um auf Grund des gewonnenen statistischen Materials gelegentlich der heurigen Versammlung

weiter in dieser Angelegenheit zu beraten und zu beschließen, was erstrebenswert erscheint.

Anfangs Dezember v. Js. richtete ich die einschlägigen Anfragen an die Anstalten und erhielt von allen auch die gewünschte Auskunft. Es wurde sonach für alle bayerischen Kreisirrenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) festgestellt;

1. Die Zahl der in den Jahren 1902 und 1903 durch die Distriktpolizeibehörden auf Grund des Art. 80, Abs. II P.Str.G.B. eingewiesenen sicherheitsgefährlichen geisteskranken Männer;

2. die Gesamtzahl der am 31. Dezember 1903 in den Anstalten befindlichen, auf Grund des Art. 80, Abs. II P.Str.G.B. eingewiesenen sicherheitsgefährlichen geisteskranken Männer;

3. die Zahl der in den Jahren 1902 und 1903 in den Anstalten aufgenommenen aktiven Militärpersonen.

Die gewonnenen Zahlen sind in folgender Tabelle zusammengestellt.

Tabelle I.

Bezeichnung der Anstalt	Zahl der aufgenommenen sicherheits- gefährlichen Männer		Gesamtzahl der am 31. Dezember 1903 vor- handenen eingewie- senen sicherheits- gefährlichen Männer	Zahl der auf- genommenen aktiv. Militär- personen	
	1902	1903		1902	1903
München	60	64	100	—	1
Gabersee	46	64	115	3	4
Deggendorf	23	48	113	2	1
Klingenmünster . .	8	13	28	—	—
Karthaus - Prüll . .	28	17	90	7	2
Bayreuth	47	41	117	2	2
Erlangen	21	13	48	—	1
Ansbach	33	66	50	—	—
Werneck	24	32	93	1	—
Kaufbeuren-Irsee .	23	28	64	2	1

In der II. Tabelle ist angegeben das Militärverhältnis der Pfleger sämtlicher Kreisirrenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) nach dem Stande vom 1. Januar 1904.

Es war ursprünglich beabsichtigt, auch das Verhältnis nach dem Stande vom 1. Januar 1903 festzustellen, es ist dies aber wegen des großen Personalwechsels nicht in allen Anstalten gelungen, weshalb dieser Nachweis entfiel. Soweit sich das Ergebnis von 1903 übersehen läßt, war es von demjenigen vom 1. Januar 1904 nicht erheblich verschieden.

Tabelle II.

Bezeichnung der Anstalt	Gesamtzahl der Pfleger	Zahl der militär- freien Pfleger	Als unabhömm- lich anerkannt	Stellungspflichtig bis zum 5. Mobil- machungstag	Stellungspflichtige Ersatzreserve und Landwehr II
München	61	12	3	45	1
Gabersee	41	7	3	29	2
Deggendorf	38	13	—	25	—
Klingenmünster	59	18	—	32	?
Karthaus-Prüll	36	13	—	20	3
Bayreuth	55	1	—	46	8
Erlangen	62	2	—	51	9
Ansbach	34	—	—	26	8
Werneck	53	13	—	30	10
Kaufbeuren-Irsee	44	12	—	28	4

Das wichtigste Resultat dieser Zusammenstellung ist, daß am 1. Januar 1904 in der Kreisirrenanstalt (Heil- und Pflegeanstalt) zu

München	von 61	präsenten Pflegern	45 = 74 %
Gabersee	41	" "	29 = 71 %
Deggendorf	38	" "	25 = 66 %
Klingenmünster	52	" "	32 = 55 %
Karthaus Prüll	36	" "	20 = 55 %
Bayreuth	55	" "	46 = 84 %
Erlangen	62	" "	51 = 82 %
Ansbach	34	" "	26 = 76 %
Werneck	53	" "	30 = 57 %
Kaufbeuren-Irsee	44	" "	28 = 64 %

für den 5. Mobilmachungstag stellungspflichtig gewesen wären.

Natürlich verschieben sich diese Zahlen im Laufe der Monate, da etwas vorwärts, dort etwas rückwärts, im allgemeinen darf man aber sagen, daß sie jahraus, jahrein, wenn nicht besondere Maßnahmen getroffen werden, ungefähr die gleichen bleiben. Die Gründe, warum dies so ist und sein muß, habe ich in meinem vorjährigen Referate auseinandergesetzt.

Meine Herren! Die Zahlen sprechen selbst, und ich glaube, wir haben allen Grund, Abhilfe zu versuchen. In einigen Anstalten sind ja die Verhältnisse zur Not haltbar, Schwierigkeiten würden jedoch auch diesen im Falle einer Mobilmachung entstehen, für die Mehrzahl der Anstalten aber würde eine Mobilmachung, wie ich schon im vorigen Jahre sagte, eine Katastrophe bedeuten.

Meine Ausführungen vom vorigen Jahre haben übrigens auch anderwärts Widerhall gefunden. Z. B. gibt *Alt* meinem in der „Irrenpflege“, VII. Jahrg. S. 126. abgedruckten Referate folgende Geleitworte bei:

„Direktor *Dees* - Gabersee hat in diesem, auf der letzten Versammlung der Bayerischen Psychiater in München erstatteten Vortrag eine Frage angeschnitten, welche nicht nur für Gabersee und Bayern, sondern für alle Anstalten in Deutschland von weittragender Bedeutung ist. Da die Anstalten durchweg nur gesunde, von Gebrechen freie, unbescholtene junge Männer als Hilfspfleger einstellen, überwiegen naturgemäß im Pflegerstand die gedienten Leute. Manche Anstalten, z. B. auch die von mir geleitete, bevorzugen die gedienten und dadurch besser disziplinierten Leute bei der Annahme, ja ergänzen ihr Pflegepersonal fast ausschließlich aus den bestempfohlenen Reservisten. Anlässlich der Kontrollversammlungen kann man so recht deutlich sehen, ein wie großer Bruchteil des Pflegepersonals der Reserve und Landwehr angehört und welche Betriebsstörung durch deren Beurlaubung entsteht. Daß im Mobilmachungsfalle durch deren plötzliche Einziehung den Anstalten größte Verlegenheit erwächst, ist außer Frage. Und es scheint in der Tat nötig, bei Zeiten darauf Bedacht zu nehmen, wie den daraus entspringenden Schwierigkeiten vorzubeugen ist. Diese Schwierigkeiten sind um so größere, als auch ein gut Teil der Anstaltsärzte im Mobilmachungsfall als Sanitäts-offiziere zur Truppe einberufen und so dem Anstaltsdienst entzogen werden.

Der Ratschlag des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, durch tunlichste Verminderung der Zahl der militärpflichtigen Pfleger vorzubeugen, bedeutet eine Gefährdung der Anstaltsinteressen und ist deshalb nicht durchführbar und zulässig. Soll etwa ein nach körperlicher und seelischer Beanlagung, Herkunft und Vorbildung geeigneter Mann deshalb nicht zum Pfleger für Kranksinnige angenommen werden, weil er gedient und im Falle eines Feldzuges Einberufung zu gewärtigen hat? Oder sollen nur solche gediente Leute berücksichtigt werden, die schon zum Landsturm überwiesen sind? Das würde doch gewiß eine Verschlechterung dieser wichtigen Mitarbeiter in der Behandlung der schwierigsten aller Kranken bedeuten, eine Verschlechterung jener ganzen Berufsklasse, welche gerade in den letzten Jahren erst zu einem wirklichen Stande sich heraufgearbeitet hat. Was nützen die schönsten und modernsten Anstalten, wenn das Pflegepersonal statt besser wieder minderwertiger wird? Es ist gewiß nicht in Abrede zu stellen, daß auch unter den Nichtgedienten sich Persönlichkeiten finden, die zur Pflege der Kranksinnigen ausgezeichnet sind, aber im Großen und Ganzen stellen die Gedienten ein brauchbareres Rekrutierungsmaterial, auf das wir im Interesse unserer Kranken nicht verzichten können. Es wird nötig sein, daß die Leiter der öffentlichen Anstalten der Frage ihre vollste Beachtung schenken, bei ihrer vorgesetzten Behörde beizeiten unter gehöriger Begründung entsprechende Anträge stellen, welche sicher an zuständiger Stelle nachdrücklichst für die Unabkömmlichkeit einer angemessenen Zahl von Pflegern eintreten wird.“

Aus dieser temperamentvollen Parteinahme *Alts* geht übrigens hervor, daß es anderwärts in dieser Sache auch nicht besser bestellt ist als bei uns in Bayern, was uns allerdings mehr als Trost, denn als Beispiel dienen kann.

Meine Herren! Ich bin nicht so optimistisch, daß ich glaube, wir werden alles erreichen, was wir als billig wünschen können. aber einige Vorteile, hoffe ich, werden wir doch gewinnen.

Wie Tabelle I zeigt, sind schon in Friedenszeiten die Zugänge von geisteskranken Soldaten in den Irrenanstalten nicht unerheblich. Um wie viel mehr werden die Irrenanstalten von den Militärbehörden während eines Krieges, der meines Erachtens das höchstdisponierende Moment für psychische Störung bietet, in Anspruch genommen werden.

Ich betone, gerade während eines Krieges müssen die öffentlichen Irrenanstalten auf ihrer höchsten Leistungsfähigkeit erhalten werden. denn sicherlich werden sie gerade durch das Militär sehr fühlbar zugunsten der Militär-lazarette belastet werden. Deshalb fürchte ich auch nicht, daß die zuständigen Militärbehörden sich den Gründen verschließen, welche die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten den maßgebenden Behörden vorzutragen für ihre Pflicht halten.

Mit Rücksicht auf das gesagte stelle ich nun folgenden Antrag:

„Der Verein Bayerischer Psychiater beschließt: den Vereinsvorstand zu ersuchen, beim k. Staatsministerium des Innern neuerlich mit der Bitte vorstellig zu werden, daß die Unabkömmlichkeit der der Ersatzreserve und der Landwehr angehörigen Pfleger öffentlicher Irrenanstalten im Mobilmachungsfalle anerkannt werde.“

Bei Formulierung dieses Antrages stehe ich auf dem Standpunkt, daß wir uns bei Erreichung dieses Zieles einigermaßen werden einrichten können. Auf die Befreiung der Reservisten müssen wir wohl aus patriotischen Gründen verzichten.

Diskussion. Direktor *Vocke*: Daß es in den Anstalten im Falle einer Mobilmachung zu großen Kalamitäten kommen könne, sei sicher; bisher seien aber alle Bemühungen vergeblich gewesen, ein im letzten Winter in München gestellter und eindringlich motivierter Antrag auf weitere Unabkömmlichkeitserklärungen blieb ohne Erfolg. Zwar in München bekomme man leicht Ersatz für einberufene Pfleger; aber er habe die Reaktion auf einen solchen Antrag sehen wollen; sie sei negativ gewesen; es sei unmöglich, noch mehr Pfleger unabkömmlich zu machen; den Münchenern sind nur drei Personen bewilligt worden. Trotzdem sei es richtig, daß *Dees* auf die Reservisten ganz verzichte; mit Landwehr und Ersatzreserve ginge es ja auch, so daß man die Resolution unbedenklich laufen lassen könne. Wenn übrigens in einer Anstalt während eines Krieges etwas passiere, so werde wohl niemand einen Stein auf uns werfen. Am besten könne man abhelfen, wenn man für ein stabiles Personal Sorge; Herren, die gegen diese Stabilisierung sind, sehen hier allerdings eine Gefahr. Wir müssen die Leute heiraten lassen, ihre

Löhne erhöhen, wir müssen etwas Rücksicht auf den Lauf der Zeit nehmen und etwas Sozialpolitik treiben. Auch ist ja der Dienst so, daß die Leute nur schwer sich wieder in ihrem früheren Beruf fortbringen. Empfiehlt dann *Dees's* Resolution.

Direktor *Herfeldt*-Ansbach versucht dadurch der Schwierigkeit aus dem Wege zu gehen, daß er die Werkstattführer aus dem Pflegepersonal nimmt.

Oberarzt *Eccard*-Klingenmünster fragt an, wie sich die anderen Anstalten verhielten bei Einziehung der Pfleger zu militärischen Übungen.

Dir. *Herfeldt*: Er habe die Militärbehörden sehr zuvorkommend gefunden; sein Personal sei von den Kontrollversammlungen dispensiert.

Oberarzt *Eccard*: In der Kreisirrenanstalt Klingenmünster bestehe Anordnung vom Bezirkskommando, daß die Hälfte der Pfleger zur Kontrollversammlung komme müsse.

Dir. *Vocke* hält es nicht für nützlich, die Frage mit der anderen zu verquicken; es seien eben in den einzelnen Bezirken usuelle Gewohnheiten zu berücksichtigen; wenn man nicht zuviel verlange, seien die Militärbehörden sehr entgegenkommend.

Oberarzt *Eccard* erklärt, er wolle keine Resolution beantragen, sondern nur eine Auskunft haben.

Dir. *Link*-Deggendorf schickt nur die Pässe ein; nur die wenigen Fälle werden zur Kontrollversammlung gezogen, in denen eine mündliche Besprechung nötig sei; von 24 Pflegern heuer nur 2.

Dir. *Dees*: Er habe nur einen einzigen Werkführer; auf den könne er sich also nicht stützen. Bittet, seinen Antrag anzunehmen; man müsse sich Klarheit verschaffen; wenn die Regierung dem Antrage nicht stattgebe, müßten Pflegerhäuser gebaut werden. Das wäre eine Geschäftsbelastung für die Direktion und eine große Ausgabe für den Kreis. Verliest seine Resolution nochmals.

Antrag angenommen.

Prof. Dr. *Kraepelin*-München: Psychiatrisches aus Java. Den Ausgangspunkt für Untersuchungen, die der Vortragende in Java anstellte, bildete die Frage nach der Verbreitung der *Dementia praecox*, von deren Beantwortung er gewisse Aufschlüsse über die Ursachen jener Krankheit erhoffte, insbesondere darüber, ob sie als Begleiterscheinung unserer Gesittung anzusehen sei. Zu diesem Zwecke wurden in der vorzüglich geleiteten und eingerichteten Irrenanstalt Buitenzorg (Direktor Hofmann) je 100 geisteskranke Europäer und Eingeborene, endlich noch 25 Chinesen, möglichst genau klinisch untersucht. Die mannigfachen Schwierigkeiten dieser Untersuchung konnten durch die überaus liebenswürdige Unterstützung der dortigen Ärzte soweit überwunden werden, daß einigermaßen vergleichbare Ergebnisse erzielt wurden. Dabei stellte sich zunächst heraus, daß die Fälle von *Dementia praecox* unter den Eingeborenen einen noch etwas höheren Prozentsatz lieferten als unter den Europäern. Fälle mit ausgeprägten katatonischen Störungen waren jedoch

lort entschieden etwas seltener. Von Paralyse und Hirnlues fanden sich unter den Europäern neun Fälle, davon zwei allerdings nicht ganz sicher, während sich unter den Eingeborenen kein einziger derartiger Fall nachweisen ließ, auch nicht bei der übrigen, 307 Köpfe starken eingeborenen Anstaltsbevölkerung. Aus der Tatsache, daß Lues bei den Eingeborenen etwa fünfmal seltener ist, läßt sich dieser bedeutende Unterschied nicht genügend erklären; vielmehr müssen die Europäer in viel höherem Maße die Neigung haben, an Paralyse oder Hirnlues zu erkranken. Auch von Alkoholismus fand sich kein Fall unter den Eingeborenen, während unter den 50 europäischen Männern zwei, beide Deutsche, an schwerem Alkoholismus erkrankt waren. Dem Bilde der Epilepsie gehörten unter den Europäern zwei, unter den Eingeborenen acht Fälle an; dazu kamen noch drei Fälle von plötzlich auftretenden einmaligen Dämmerzuständen ohne sonstige Zeichen von Epilepsie. Diesen Gruppen gehört die Mehrzahl der Beobachtungen von sogenanntem Amoklaufen an. Fälle von manisch-depressivem Irresein schienen bei den Eingeborenen etwas seltener zu sein als bei den Europäern, doch kamen außerdem noch einige Fälle von häufig wiederkehrenden, kurzdauernden Erregungszuständen vor, ganz ähnlich manchen bei uns bekannten Beobachtungen, deren klinische Deutung zurzeit wohl noch als zweifelhaft bezeichnet werden muß.

Von Interesse war ferner die abweichende Ausbildung gewisser Krankheitszustände trotz allgemeiner Überstimmung in den Grundzügen. Bei der *Dementia praecox* fiel das Fehlen oder die schwache Ausprägung der einleitenden Depression auf. Gehörs- und Gesichtstäuschungen waren weit seltener als bei den Europäern, die Wahnbildungen dürrtiger und zusammenhangsloser; von einer Systematisierung war überhaupt keine Rede. Physikalischer Verfolgungswahn wurde bei den Eingeborenen nur einmal beobachtet, die Vorstellung der Gedankenbeeinflussung niemals; auch hypochondrische Wahnbildungen fehlten gänzlich; Selbstmordneigung war selten. Entsprechend der geringen Entwicklung katatonischer Störungen traten die schweren, stumpfen Verblödungen gegenüber faseligen Schwachsinnformen mit läppischem Wesen und Verwirrtheit zurück. Die Endzustände schienen sich rasch zu entwickeln, während gute Remissionen nicht häufig waren. Beim manisch-depressiven Irresein überwogen durchaus die Erregungszustände; länger dauernde tiefe Depressionen schienen fast vollständig zu fehlen. Versündigungsideen waren unbekannt.

Aus diesen Erfahrungen geht hervor, daß die besondere psychische Morbidität der Europäer vor allem gekennzeichnet ist durch die Wirkungen des Alkohols und der Syphilis; auch die klinische Entwicklung des manisch-depressiven Irreseins, einer zweifellos auf Entartung beruhenden Erkrankungsform, scheint bei uns eine ungleich reichere zu sein. Andererseits dürfte die *Dementia praecox* dort wie hier und auch bei den Chinesen vorkommen, ob in gleicher Häufigkeit, steht allerdings dahin. Jedenfalls kann jene Krankheitsgruppe wohl nicht auf äußere Ursachen zurückgeführt werden, sondern

scheint aus Bedingungen hervorzugehen, die allgemein im menschlichen Organismus gelegen sind. Wird auch das Krankheitsbild im einzelnen durch die Rasse etwas verändert, so war doch die grundsätzliche Übereinstimmung mit unseren Erfahrungen in Europa unverkennbar. Die Gesichtspunkte, die wir für die Vorbeugung des Irreseins abzuleiten haben, bleiben demnach vor der Hand im wesentlichen die alten: Kampf gegen Alkoholismus und Syphilis, wie eine verständige Rassenhygiene zur Bekämpfung der Entartung. Gegen die Dementia praecox vermögen wir einstweilen nichts zu tun; immerhin ist wenigstens die Richtung etwas genauer umgrenzt worden, in der wir die Lösung der hier verborgenen wichtigen Fragen zu suchen haben.

Priv.-Doz. Dr. Weygandt-Würzburg: „Über alte Dementia praecox.“ Vortr. schildert eine Reihe von Insassen der Irrenpfünde des Juliusspitals, die vor ca. 50 Jahren psychisch erkrankten. Drei davon zeigen nun seit jener Zeit das Bild tiefen Blödsinns und vollständiger Reaktionslosigkeit; erst bei eingehender Untersuchung ergibt sich jedoch, daß die Kenntnisse aus der Zeit vor der Erkrankung noch ziemlich gut erhalten sind; die Kranken können noch mancherlei rechnen, einer versteht sogar etwas Lateinisch, sie sind aber seitdem gänzlich stehen geblieben, so auf dem Münzfuß, sowie den geographischen und geschichtlichen Verhältnissen jener Zeit. Der vierte Kranke hat bis kurz vor seinem Tode noch durch katatone Haltung und flexibilitas cerea akutere Symptome gezeigt.

Es ergibt sich aus der Analogie dieser Fälle, die ja zweifellos in das Gebiet der Dementia praecox gehören: 1. daß jeder Versuch einer Scheidung zwischen primärem und sekundärem Stadium undurchführbar ist, 2. daß im Vordergrund der Störung die Schwächung des apperzeptiven Denkens steht, und 3. daß selbst bei tiefgreifender Verblödung der Gedächtnisschatz aus längst entlegener Zeit noch vollkonserviert sein kann.

Dir. Dr. Vocke-München: Zur gerichtlichen Entscheidung über den Geisteszustand der wider ihren Willen internierten Geisteskranken“. Die auf Anregung des k. Staatsministeriums des Innern vor 7 Jahren in die neuen Satzungen mehrerer bayerischer Kreisirrenanstalten aufgenommene Bestimmung, „daß die Anstaltsdirektion Geisteskranken, welche wider ihren Willen über 3 Monate in einer Anstalt untergebracht sind, zur Erwirkung einer gerichtlichen Entscheidung durch Vermittlung des Staatsanwaltes auf Ansuchen behilflich zu sein und auf letztere Möglichkeit die Geisteskranken aufmerksam zu machen habe“, hat sich in der Praxis nicht bewährt. Schon die undeutliche Formulierung der Bestimmung, welche verschweigt, daß eine gerichtliche Entscheidung nur im Entmündigungsverfahren stattfinden kann, gibt fortgesetzt zu bedauerlichen Mißhelligkeiten Anlaß. Selten sind die Fälle, in welchen dem Kranken überzeugend klar gemacht werden kann, daß es besser sei, sich noch weiterhin in die Anstaltsbehandlung zu fügen, als eine Entmündigung zu riskieren, deren Wiederaufhebung schwierig

und ungewiß sei. Gewöhnlich setzt der Patient den Aufklärungen des Arztes Mißtrauen entgegen, wittert schlechte Motive, die ihn von der Anrufung eines unparteiischen Forums abhalten wollen, die Mahnung zu reiflicher Überlegung einer so zweischneidigen Maßregel begegnet tauben Ohren und meist wird siegesgewiß der hier so verhängnisvolle Rechtsweg beschritten, der in die Kuratel führt. Dabei ist die Stelle des Arztes, ganz abgesehen von seiner etwaigen Beteiligung als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren selbst, eine in den Augen des Patienten recht zweifelhafte und wenig beneidenswerte, so daß die Illusion, die neue Bestimmung entlaste die Ärzte, durch die Praxis gründlich zerstört wird. Wer gesehen hat, wie Kranke auf den Ausgang des Verfahrens reagieren, das alle ihre Hoffnungen mit einem Schlage vernichtet, wie nicht selten nach dem Eintreffen der Entscheidung das Band zwischen Patient und Arzt vollkommen und dauernd zerissen und dadurch ersterer seines natürlichen Helfers und Beraters beraubt wurde, wird die Wirkungen der neuen Bestimmungen nur bedauern können.

Es ist ja klar, daß der Hinweis auf eine gerichtliche Entscheidung Hoffnungen erweckt und damit den Kranken in das Entmündigungsverfahren hineintreibt. Ein Rechtsschuttmittel für Geisteskranke sollte aber doch für den Appellierenden keinen Nachteil haben. Im Strafprozeß hat die frivolste Haftbeschwerde eines Beschuldigten für diesen keine nachteiligen Folgen. Auch der Kranke der sich wider seinen Willen in einer Anstalt interniert sieht, der seinen Krankheitszustand und dessen Gefahren nicht zu erkennen vermag, führt eine Art Haftbeschwerde, wenn er an das auch ihm unparteiisch erscheinende Forum des Gerichtes appelliert und eine gerichtliche Entscheidung fordert. Er erwartet seine Entscheidung über seinen Geisteszustand und die Zulässigkeit seiner Internierung. Allein das Gericht begnügt sich damit nicht und kann sich nach der heutigen Gesetzeslage damit nicht begnügen, es erkennt dem Kranken nun die bürgerlichen Rechte ab. Der Kontrast liegt auf der Hand. Statt des erhofften Rechtsschutzes nicht nur Abweisung, sondern auch noch Entrechtung, eine für den Kranken unfaßbare Härte. Entmündigungen, die notwendig sind, können auf anderem Wege herbeigeführt werden, eine nicht nötige Entmündigung sollte man dem Kranken ersparen. Sie wird von besonneneren Kranken immer als eine schwere Benachteiligung und moralische Schädigung empfunden und doppelt dann, wenn er selbst eine gerichtliche Entscheidung verlangt und zuversichtlich seine Freilassung erwartet hat.

Direkt verwerflich erscheint die Provozierung des Entmündigungsverfahrens bei günstiger Prognose. Mit wenigen Ausnahmen erstreckt sich der Verlauf einer Psychose erheblich über 3 Monate. Bei günstiger Prognose soll überhaupt nicht entmündigt werden. Was soll nun geschehen, wenn ein heilbarer Kranker eine gerichtliche Entscheidung verlangt? Soll die Entscheidung verweigert bzw. ausgesetzt werden wegen der günstigen Prognose oder soll die Entmündigung verhängt werden? Für das Ansehen eines Geschäftsmannes z. B. ist es durchaus nicht gleichgiltig, wenn er auch nur eine Zeitlang wegen Geisteskrankheit entmündigt war. Andererseits, welche

Schwierigkeiten können sich der Wiederaufhebung einer Entmündigung bei sogenannten Defektheilungen entgegenstellen. Richter und Sachverständiger scheuen die moralische Verantwortung für eine Wiederaufhebung und trotzdem ginge es vielleicht ohne Kuratel, vielleicht sogar besser als unter dem Druck derselben. Besonders unangenehm und unzweckmäßig kann eine Entmündigung bei chronischen Fällen sein. Z. B. ein Patient, dessen Erkrankung eine zweifelhafte, jedoch keineswegs absolut ungünstige Prognose hat und an dessen Geschäftsunfähigkeit für längere Zeit nicht zu zweifeln ist, verlangt eine gerichtliche Entscheidung über seinen Geisteszustand. Selbstverständlich wird er nun entmündigt und die Wiederaufhebung der Entmündigung ist später nach eingetretener Besserung — nicht Heilung — und Entlassung aus der Anstalt nicht zu erreichen. Dabei erschwert die Kuratel dem Patienten das Leben, drückt ihn moralisch und gibt zu Friktionen Anlaß und beeinflusst die fortbestehenden Störungen sicher nicht günstig. Alles das wäre ihm vielleicht ohne jeden Nachteil erspart geblieben, wenn er nicht von der Rechtswohltat der gerichtlichen Entscheidung Gebrauch gemacht hätte.

Weiter ist zu bemängeln die Langsamkeit des Verfahrens, die ungünstig auf den Kranken wirkt und häufig für längere Zeit jede psychische Behandlung hindert. Es liegt in der Natur der Sache, daß der Internierte, ähnlich dem haftbeschwerdeführenden Beschuldigten, ein gewisses Recht auf Beschleunigung der Entscheidung haben sollte. In unseren letzten Fällen vergingen vom Antrag bis zum Entmündigungsbeschluß 3, 3½, 4 1/3 und 6 Monate, im Durchschnitt also 4 Monate 6 Tage. Wird noch durch Anrufung der höheren Instanzen der beschrittene Weg weiter verfolgt, so ist kein Ende abzusehen. So vergingen in einem unserer Fälle 20 Monate vom Antrag auf gerichtliche Entscheidung bis zur Abweisung der gegen die Entmündigung erhobenen Klage und ein anderes Entmündigungsverfahren wurde erst am Ende des dritten Jahres in dritter Instanz definitiv erledigt.

Zuweilen wird allerdings ein Kranker durch ein schwebendes Gerichtsverfahren abgelenkt, in der Regel aber leidet er unter der langen Ungewißheit. Diese Ungewißheit lähmt aber auch nicht selten die Tätigkeit des Arztes. Einerseits ist der Kranke in seinen trügerischen Hoffnungen wenig beeinflussbar, anderseits ist der Arzt z. B. bei chronischen, unheilbaren, aber wohl einer Besserung fähigen Kranken in eine dem Patienten nicht nützliche Passivität gedrängt, denn der Ausgang des Verfahrens und die Reaktion des Kranken darauf können alle Zukunftspläne des Arztes umstoßen und seine bisherige Stellungnahme unhaltbar machen.

Endlich erscheint die aus der neuen Bestimmung sich unabweisbar ergebende Forderung der sofortigen Entlassung nach etwaiger Ablehnung der Entmündigung prinzipiell und praktisch höchst bedenklich, was Schultze in dem Vortrag vor dem rheinischen Psychiaterverein bereits eingehend begründet hat. Es gibt nicht wenige Fälle, die dem Richter oder dem Sachverständigen nicht entmündigungsreif erscheinen und doch der Anstaltspflege dringend bedürfen. Diesem Umstand trägt unsere Satzungsbestimmung keine Rechnung.



Nach alledem kann sie als ein brauchbares Instrument des Rechtsschutzes nicht erachtet werden. Sie existiert auch nur in den öffentlichen Anstalten von fünf Kreisen, nicht aber in den 3 anderen Kreisen und den bayerischen Privatanstalten, woraus klar erhellt, daß ihr etwas Improvisiertes und Inkonsequentes anhaftet.

Die Wiederaufhebung dieser Bestimmung kann somit nur dringend empfohlen werden, umsomehr als die übrigen Vorschriften zur Wahrung des Rechtsschutzes vollkommen ausreichen, so daß der Kranke der „gerichtlichen Entscheidung“ mit ihren Nachteilen wohl entbehren kann, bis uns vielleicht ein Reichsirrengesetz dereinst besseres bringt, vielleicht ein anderes Forum, das mindestens ebenso rasch als die Gerichte zu verbesseiden vermag über Internierung oder Entlassung, aber nicht um den Preis der Entmündigung.

(Autoreferat).

Diskussion. Dir. *Feldkirchner*-Karthaus-Prüll hat durch persönliche Vorstellung beim Regierungspräsidenten Grafen *Fugger* die Aufnahme der Bestimmungen in die Anstaltssatzungen der oberpfälzischen Anstalt hintangehalten.

Prof. *Kraepelin* glaubt den Ausführungen *Vockes* vollkommen beistimmen zu können; er möchte aber doch anfragen, ob es nicht wünschenswert sei, in solchen Fällen, in denen besonnene Kranke lange Zeit ihre Entlassung gefordert haben, einen Weg offen zu halten, auf dem man eine gerichtliche Entscheidung herbeiführen könne. Selbstverständlich sei er auch der Meinung, daß man bei akuten Fällen nicht mit solchen Dingen kommen könne, aber es sei doch auch ein Schutz der Anstaltsleiter gegenüber der Öffentlichkeit, wenn man einen Weg habe, Kranke, die mit allen Mitteln herausdrängen, auf den Rechtsweg zu leiten, wo eine vom Direktor unabhängige Entscheidung getroffen werden kann. Er möchte also nur fragen, ob *Vocke* darauf überhaupt verzichten wolle oder ob es sich nur um die engere Fassung handle; ganz zu verzichten, würde doch wohl in manchen Fällen unangenehm sein.

Vocke möchte gewiß nicht auf die Entmündigung in besonderen Fällen verzichten, sondern nur auf diese Bestimmung mit dem unangenehmen Vollzug; es solle nur der Kranke nicht als Provokant des Entmündigungsverfahrens erscheinen. Die Ministerialverordnung vom 1. Januar 1895 und § 28 der Münchener Anstaltssatzungen scheinen vollkommen ausreichend zur Anregung des Entmündigungsverfahrens.

Dees-Gabersee erzählt von einem Fall, wo die Entscheidung vom Gericht abgelehnt wurde und der Kranke entlassen werden mußte. Dann kam der Kranke wieder in die Anstalt nach einigen Monaten; dieser Kranke würde gegen den Direktor sehr feindlich gesinnt werden, wenn der Direktor selbst die Entmündigung beantragen würde. In einigen Fällen sei es aber doch vorteilhaft.

Link: Er habe diese Klippe umschifft, indem er nur Fälle auswähle, die vom Gericht nicht angezweifelt werden könnten; daher habe er auch keine Mißerfolge.

Kraepelin: Es wäre zweckmäßig, eine Sammlung von Fällen zu veranstalten, welche die Wirkungen jenes Paragraphen illustrieren würden. Wenn man nur eine Resolution fasse, so würde das nicht viel Eindruck machen. Es wäre besser, wenn sich einige Herren zusammentun würden und aus der Praxis eine Anzahl von markanten Fällen zusammenstellen, womit die Wirkungen dieses Paragraphen klar zu Tage träten. *Vocke* solle dann im nächsten Jahre darüber referieren und dann wolle man eine Entscheidung suchen im Sinne des sich aus dem Material ergebenden Resultates.

Vocke hält es für bedenklich, wenn eine Satzungsbestimmung einem Direktor zur individuellen Behandlung überlassen werde, besonders eine Bestimmung, die sich der Gesetzgeber als eine Rechtsschutzbestimmung gedacht hat. Ist mit *Kraepelins* Vorschlag einverstanden; er habe seinen Vorschlag nur gemacht für den Fall, daß man sich nach einer Richtung aussprechen wolle, um eine Handhabe zu haben, diese Bestimmung aufzuheben. Er sei bereit, das Material durch eine Rundfrage zu sammeln. Aber da bringe man gerade die negativen Fälle nicht hinein, wo wir der Entscheidung aus dem Wege gegangen seien im Interesse des Kranken; aber man könne hineinbringen die Langsamkeit des Verfahrens und die Fälle, die auf anderem Wege entmündigt worden wären und die Reaktion des Kranken auf den Ausgang des Verfahrens.

Dr. Alzheimer, Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie.

Heute schon steht fest, daß die Idiotie nur ein Sammelbegriff ist für sehr verschiedene Krankheitsvorgänge, die schon vor der Geburt oder in den ersten Lebensjahren das Gehirn betroffen haben. Aber in der Abtrennung der einzelnen Krankheiten, welche idiotische Zustände veranlassen, sind wir noch ganz am Anfange.

Einen Krankheitsprozeß, den Kretinismus oder die myxödematöse Idiotie, haben wir durch die klinische Beobachtung abzutrennen gelernt und es ist ganz zweifellos, daß er zu den Stoffwechselerkrankungen zu stellen ist, da wir wissen, daß der Ausfall der Schilddrüsenfunktion ihn mit all seinen Symptomen verursacht.

Der Trennung der übrigen idiotischen Zustände nach klinischen Gesichtspunkten stellen sich jetzt noch unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen. Es stehe aber zu hoffen, daß uns die pathologische Anatomie hier vorwärts helfen kann.

Die Gewebsuntersuchung zeigt uns zunächst, daß die auffälligen und mehr oder minder für die Idiotie eigentümlichen makroskopischen Gehirnbefunde, die Makroencephalie und Mikroencephalie, die Makrogyrie und Mikrogyrie, die Porencephalie und Hydrocephalie nicht eigentliche Krankheiten,

sondern schon die Folgen verschiedener Krankheitsvorgänge auf das noch in Entwicklung begriffene Gehirn darstellen, daß sie also nicht für die Abgrenzung natürlicher Krankheiten brauchbar sind. Diese werden sich uns nur dann ergeben, wenn wir auf die verschiedenen Krankheitsvorgänge selbst zurückgehen.

Von solchen können wir heute schon unterscheiden;

1. Die Paralyse. Fälle von jugendlicher Paralyse finden sich nicht ganz selten in den Idiotenanstalten, am häufigsten solche, bei welchen sich die Paralyse bei von Jugend auf Schwachsinnigen entwickelt hat. Bei letzteren handelt es sich wahrscheinlich um Paralysen, die aufgepropft sind auf einen angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn, bedingt durch hereditärluetische Veränderungen. Hierher gehören wohl auch einzelne Fälle der *Bournevilleschen* meningitischen Idiotie, soweit sie hinsichtlich des ersten Auftretens der paralytischen Erscheinungen und der Zeit des Eintritts des Todes mit der Frühform der Paralyse übereinstimmen. Dagegen muß es noch offen gelassen werden, ob die meningitische Idiotie, soweit sie den ersten Lebensjahren angehört, durch paralytische, luetische oder andersartige oder vielleicht sogar verschiedene Gewebsveränderungen verursacht wird.

2. Die amaurotische Idiotie. Sie scheint durch nicht entzündliche, degenerative Veränderungen unter besonderer Beteiligung einzelner Fasersysteme veranlaßt zu werden, und ist hinsichtlich der Zeit ihres Auftretens, ihrer ganzen Erscheinungsform, ihres nahezu foudroyanten Verlaufs, ihrer Neigung zu familiärem Auftreten eine ungemein scharf gekennzeichnete Erkrankung.

3. Die hypertrophische tuberöse Sklerose, bei welcher sich geschwulstartige Gliawucherungen finden.

4. Die idiotischen Zustände nach Herderkrankungen des Gehirns. Die Ursachen der Herderkrankung können sehr vielfache sein. Eine besondere Bedeutung wegen ihrer Häufigkeit kommt der Encephalitis zu. Außerdem können traumatische Blutungen und Zerstörungen des Hirngewebes, luetische Endarteriitis, Embolien, Tumoren, idiotische Zustände bedingen. Die herdförmigen atrophischen Sklerosen sind wenigstens teilweise durch Gefäßerkrankungen bedingt, die Syphilis ist wenigstens eine der Ursachen der Gefäßerkrankung.

5. Entwicklungshemmungen. Man hat ihnen früher entschieden zu viel Platz eingeräumt. Idiotische Gehirne, welche weitgehende Ähnlichkeit mit foetalen Rinden zeigen, sind im Vergleich zu der ganzen Masse der Idioten offenbar selten. Man findet sie noch am ehesten in mikroencephalen Gehirnen mit foetalem, also makrogyrem Windungsbau in Gehirnen, die in ihrer äußeren Form an das Karnivoren- oder Affengehirn erinnern. Auch ein auf einzelne Windungen beschränktes foetales Zurückbleiben scheint vorzukommen. Aber da wie dort finden sich oft auch Anzeichen krankhafter Vorgänge, sodaß wir vielleicht hierin die letzte Ursache der Entwicklungshemmung suchen müssen.

6. Ausgebreitete degenerative Veränderungen von verschiedener Art, die noch schwer einer Teilung zugänglich sind.

Manche Rindenbilder, die von Idioten stammen, welche gleichzeitig an Epilepsie gelitten haben, erinnern sehr an die Befunde, welche man auch bei der sogenannten genuinen Epilepsie der Erwachsenen sieht. Vielleicht handelt es sich hier nur um besonders früh auftretende und schwere Formen derselben Krankheit. Der Gewebsbefund zeigt hier einen progredienten Charakter des Krankheitsvorgangs an.

Andere Bilder lassen einen offenbar schon seit lange abgelaufenen Prozeß erkennen. Da uns die Anamnese oft angiebt, daß die Krankheit mit Krämpfen. „Fraisen“, „Gichtern“ begonnen habe, werden wir vielleicht einmal bei Kindern, welche unter solchen Hirnsymptomen gestorben sind, die dazu gehörigen akuten Veränderungen finden.

Wahrscheinlich ist auch damit noch nicht alles erschöpft. Vielleicht finden sich auch noch hebephrenische Veränderungen in anderen Fällen (*Kraepelin*).

Jedenfalls sehen wir jetzt schon, daß die Vorstellung nicht richtig ist, daß die Idiotie nur fertige, im weiteren Leben keinen Krankheitsfortschritt mehr aufweisende Zustände umfaßt, sie begreift vielmehr ganz verschiedene Krankheiten, ganz verschiedenen Gruppen angehörig, mit einem ganz abweichenden Verlauf in sich und die weitere Erforschung der Idiotie hat deswegen auch für die Psychiatrie im allgemeinen den größten Wert, weil sie uns einestheils Krankheitsbilder kennen lehrt, die wir auch bei Erwachsenen finden, andererseits eigenartige, nur der Idiotie zukommende Krankheitsvorgänge erkennen läßt.

Das Studium der ersteren muß unsere Erkenntnis der gleichen oder ähnlichen Krankheiten des späteren Alters erweitern, das Verständnis der letzteren wird uns neue, pathologisch, anatomisch und klinisch wichtige Gesichtspunkte eröffnen.

Dr. *Probst*-München: „Über Otto Weininger“; hat seinen Vortrag zurückgezogen.

Privatdozent Dr. *Weygandt*-Würzburg verzichtet in anbetracht der vorgeschrittenen Zeit auf seinen zweiten Vortrag über „Sektionsatteste bei Selbstmördern“.

Dr. *Sandner*-Ansbach: Bemerkungen zu Art. 80 P.Str.G.B.

Sandner-Ansbach hat die Gründe zu einer Reihe von nach Art. 80 Abs. II des P.Str.G.B. erfolgten Einschaffungen Geisteskranker einer Prüfung unterzogen, da sich im Ansbacher Aufnahmebezirk eine auffallende Zunahme der wegen Gemeinfährlichkeit eingewiesenen Pfleglinge bemerkbar machte. Er kam zu dem Resultat, daß nicht selten diese Art der Aufnahme vermieden werden könnte, zumal, wenn bei Kranken, die bereits auf Veranlassung ihrer Angehörigen einer Anstalt zugeführt wurden, noch nachträglich seitens der Verwaltungsbehörden die Verwahrung auf Grund des Art. 80 II zum Beschluß erhoben wird. Eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit wäre mit der Unterlassung der behördlichen Einschaffung in diesen Fällen nicht gegeben, da die

Anstaltsvorstände gehalten sind, die Entnahme eines als gemeingefährlich zu erachtenden Kranken zu verweigern und von der Zustimmung der Behörde abhängig zu machen. Durch die Verminderung polizeilicher Einweisungen Kranker in unsere Asyle würde letzteren das Odium einer „Internierungs- oder Detentionsanstalt“ genommen und der so beliebte Vergleich mit Zuchthaus und ähnlichen weniger häufig erfolgen. Eine von anderer Seite gebrachte statistische Zusammenstellung der gesamten, in bayerischen Irrenanstalten auf Grund des Art. 80 II verwahrten Pfleglinge ergab, daß gerade die Ansbacher Anstalt die größte diesbezügliche Krankenziffer aufweist.

Diskussion. *Vocke:* Nach seinen Erfahrungen bestehe immer ein Parallelismus zwischen Überfüllung und polizeilicher Einweisung. Die Münchener polizeilichen Einschaffungen seien auch nicht wenig; es seien aber keine überflüssigen dabei; klagen könne man in Oberbayern nicht; die Zahl der polizeilichen Einweisungen sei seit 1895 sogar zurückgegangen.

Dees: Das hänge doch nicht mit der Überfüllung zusammen; in Erlangen seien wenig Einweisungen und doch Überfüllung; bittet um Aufschluß, wie es in der Rheinpfalz sei.

Oberarzt *Eccard-Klingenmünster* bestätigt die Erfahrungen *Vockes*; in diesem Jahre seien die Einweisungen nach Art. 80 I reichlicher gewesen. Bei ihnen herrsche eine eigentümliche Praktik des Bezirkamtes, daß nämlich Leute, bei denen die Heimatsfeststellung Schwierigkeit mache und die in Spitälern leicht zu verpflegen seien, nach Art. 80 I in die Anstalt verwiesen würden. Einzelne ältere Patienten, die nach Art. 80 I dagewesen seien, habe man später definitiv oder probeweise entlassen; es traten aber in einigen wenigen Fällen Kollisionen ein; da sei dann eine Entscheidung gekommen, daß diese Leute nicht mehr entlassen werden dürften, außer als geheilt. Diese Entscheidung sei allerdings wieder aufgehoben worden.

Vocke glaubt, solche Entscheidungen erführen doch eine sehr rasche Remedur dadurch, daß Obermed.-Rat *v. Grashey* Referent im Ministerium sei; in München werde von versuchsweisen Entlassungen im weitesten Sinne Gebrauch gemacht.

Sandner: Seit in Mittelfranken die zweite Anstalt bestehe, sei sicher kein Parallelismus mehr vorhanden; gerade aber aus dieser Zeit stammten ja die meisten Fälle.

Direktor Dr. *Herfeldt*-Ansbach gibt in kurzen Zügen einen Überblick über Ausdehnung, Anlage, Belegung, Organisation und Betrieb, sowie über fernere Ausgestaltung der von ihm geleiteten Anstalt. Nachdem in nächster Zeit im Auftrage und Verlage der mittelfränkischen Kreisregierung ein diesbezügliches Werk, „Die betitelt Kreisirrenanstalt Ansbach“, erscheinen wird, so muß hier auf dieses verwiesen werden. Erwähnt sei nur, daß die ausgedehnte, im Pavillonsystem angelegte Anstalt zur Zeit aus 35 Gebäuden besteht und nach ihrem völligen Ausbau zur Aufnahme bis zu 700 Pfleglingen dienen soll. Dieselbe besitzt Fernheizung, eigenes Elektrizitätswerk für Licht

und Kraftzwecke und gestattet auf ihrem großen Areal die Verwendung von Kranken im landwirtschaftlichen Betriebe. Die von dem Vortragenden gegebenen Schilderungen wurden bei dem sich anschließenden Rundgange noch entsprechend ergänzt.

Vorsitzender Direktor Dr. *Vocke* schließt die Versammlung, dankt den Teilnehmern für ihr zahlreiches Erscheinen, den Rednern und ganz besonders dem Ansbacher Lokalkomitee für das treffliche Arrangement.

Nach einer Frühstückspause erfolgt unter Führung des Herrn Direktors Dr. *Herfeldt* die Besichtigung der Kreisirrenanstalt Ansbach. Dieselbe präsentierte sich als hochmoderne, mit allen Attributen einer Heilstätte ausgerüstete Irrenanstalt, welche für andere Neubauten vorbildlich sein wird und dem Verständnis und Opfersinn des Kreises Mittelfranken alle Ehre macht.

Zum Schluß vereinigte die Teilnehmer ein gemeinschaftliches Mittagssmahl im Hotel Stern.

Dr. Ungemach. Dr. Probst.

39. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 7. Mai 1904 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber* - Woltorf, *Alt* - Uchtspringe, *Behr* - Lüneburg, *Brandes* - Hannover, *Bruns* - Hannover, *Bunnemann* - Ballenstedt, *Cramer* - Göttingen, *Fontheim* - Liebenburg, *Gellhorn* - Goslar, *Griese* - Lüneburg, *Hampe* - Braunschweig, *Heine* - Hannover, *Hesse* - Ilten, *Koch* - Rinteln, *Löwenthal* - Braunschweig, *Lüttich* - Hannover, *Mohrmann* - Göttingen, *Pelizaes* - Oeynhausen, *Peltzer* - Bremen, *Quast* - Faslem - Göttingen, *Reckmann* - Oeynhausen, *Schmidt* - Wunstorf, *Schneider* - Münster, *Schneider* - Osnabrück, *Schütte* - Osnabrück, *Snell* - Hildesheim, *Snell* - Lüneburg, *Stamm* - Gardelegen, *Steinhausen* - Hannover, *Stolzenburg* - Lüneburg, *Vogt* - Göttingen, *Völker* - Langenhagen, *Wagemann* - Lemgo, *Weber* - Göttingen, *Wendenburg* - Göttingen, *Zimmermann* - Hannover.

Zum Vorsitzenden wurde gewählt: *Bruns* - Hannover, als Vertreter *Cramer* - Göttingen, *Hesse* - Ilten, zum Schriftführer *Snell* - Hildesheim.

Wendenburg - Göttingen: Fall von eigentümlicher familiärer Dystrophie.

Vortr. stellt den jüngsten von drei nicht belasteten Brüdern vor, von denen der mittelste gesund, der älteste und der vorgestellte an ausgedehnten Atrophien leiden.

Bei Beiden begann das Leiden in der Gesäßmuskulatur und Rumpfmuskulatur, die jetzt, der älteste ist 15, der andere Bruder 11 Jahre alt, nach 11 resp. 6 jährigem Bestehen der Krankheit, hochgradig atrophisch sind. Funktionsuntüchtig sind die pectorales und die latissimi dorsi; die serrati anterior sind bei beiden Brüdern, von dem linken serratus anterior des ältesten, der schon teilweise atrophisch ist, stark hypertrophisch und springen als Wülste unter den Achselhöhlen vor.

Infolge der Atrophie der rhomboidei und des unteren Teiles des cucularis, die außer dem latissimus noch beteiligt, sind die Schulterblätter mangelhaft fixiert, von der Mittellinie weit abgerückt, welcher der obere angulus näher steht als der untere.

Eine Folge dieser mangelhaften Fixation, welche durch die Parese der serrati noch vermehrt wird, ist die Beweglichkeitsbeschränkung der Arme, deren Muskulatur im übrigen unbeteiligt ist, abgesehen vom Biceps, bei dem man im Zweifel sein kann, ob er einfach inaktiv atrophisch oder in den Krankheitsprozeß einbegriffen ist.

Die glutaei, der maximus und der medius und minimus sowie der ileopsoas sind bei beiden Knaben fast völlig insuffizient, eine Wirkung auf den Rumpf bei fixiertem Oberschenkel nicht mehr möglich, während umgekehrt bei festgestelltem Becken noch eine geringe Streckwirkung auf den Oberschenkel zu konstatieren ist.

Die Ober- und Unterschenkelmuskulatur des ältesten Bruders ist ziemlich gleichmäßig atrophisch, das rechte Bein verkümmert im Vergleich mit dem linken und auch um 3 cm kürzer, so daß hier noch eine spinale Kinderlähmung vorzuliegen scheint. Diese Annahme wird noch gestützt durch die anamnestiche Angabe, der Knabe habe mit $\frac{5}{4}$ Jahren eine plötzliche Lähmung des Beines erlitten, während das eigentliche Leiden erst später begonnen haben soll.

Das vorgestellte Kind zeigt neben gleichmäßiger Atrophie der Oberschenkelmuskulatur eine starke Hypertrophie der rechten Wade, während links die Hypertrophie nicht mehr so deutlich ist, vielleicht infolge allgemeinen Schwundes der Muskulatur, die schon seit langer Zeit, durch eine Kontraktur des linken Fußes in Equinusstellung zur Untätigkeit verurteilt ist.

An den Köpfen der Knaben fällt das eigentümlich viereckige des Gesichts auf.

Die mimische Muskulatur ist auch bei genauer Untersuchung nirgends krankhaft verändert, Augen-, Mund- und Zungenmuskulatur ganz normal, aber auffallenderweise sind besonders bei dem vorgestellten Knaben die Temporales und Massetores stark hypertrophisch, so daß sie als dicke Wülste in der Schläfengegend und in der Gegend des Kieferwinkels seitlich prominieren und dadurch dem Gesichte eine eigentümlich viereckige Form verleihen. Noch ausgeprägter ist diese bei dem ältesten, weil bei ihm die Temporales schon im Stadium der Atrophie sind, die Massetores aber noch stark verdickt. Dieser Knabe hat auch infolge der Insuffizienz seiner Kaumuskulatur schon Beschwerden beim Beißen, während sie bei dem jüngeren Bruder außerordentlich kräftig ist.

Die Sensibilität ist überall normal, Geruch, Geschmack, Gesicht und Gehör bei beiden Knaben in Ordnung.

Die elektrische Untersuchung ergab keine anderen Resultate, als bisher gefunden wurden.

Von dem Verhalten der Reflexe wäre noch zu sagen, daß sie überall

da, wo die Muskulatur normal oder hypertrophisch war, sich prompt auslösen ließen, aber dort, wo die Muskulatur atrophisch wurde, fehlten.

Die Kniereflexe waren bei dem ältesten Bruder, bei dem der Quadriceps atrophisch war, aufgehoben, bei dem jüngsten aber aufgehoben, trotzdem die Oberschenkel noch einen normalen Umfang aufwiesen, der Ausfall der Funktion und die Herabsetzung der Reaktion gegen den faradischen Strom aber die Erkrankung unzweifelhaft bestätigten. Die Radius-, Periost- und Biceps-Reflexe fehlten bei beiden Brüdern, trotzdem der Biceps dem Willen noch ganz gut gehorchte und sein Verhalten gegen den elektrischen Strom nur eine einfache, ganz geringe Herabsetzung der Erregbarkeit gegen die normalen Muskeln erkennen ließ.

Die Masseteren-Reflexe fehlten bei dem ältesten Bruder, bei welchem die Atrophie die Hypertrophie abzulösen beginnt, und namentlich die Temporales fast geschwunden sind; bei dem jüngsten Bruder sind sie erhalten, seine Kaumuskulatur findet sich noch im Stadium der Hypertrophie, bei beiden Brüdern ist die willkürliche Kaubewegung noch möglich. —

In der Diskussion weist *Bruns*-Hannover auf die Pseudohypertrophie der Kaumuskeln als besonders interessant hin, die Hypertrophien kennzeichneten den Fall als zu den Dystrophien gehörig. Bei Fehlen der Hypertrophien (z. B. Typus *Leyden-Möbius*) sei die Unterscheidung schwierig von der infantilen spinalen familiären Muskulatrophy (Typus *Wernig-Hoffmann*).

Vor der Tagesordnung zeigt *Bruns*-Hannover das Gehirn eines 2 $\frac{1}{4}$ -jährigen Kindes mit beiderseitigen ausgedehnten porencephalischen Defekten. Auf der rechten Seite fehlen die unteren Teile beider Zentralwindungen und Teile der zweiten und dritten Stirnwindung in der Nachbarschaft der Zentralwindungen; ferner findet sich ein tiefes Loch in dem vorderen Ende der ersten Schläfenwindung. Links fehlen die unteren Teile der Zentralwindungen. Die beiderseitigen Defekte im Zentralhirn kommunizieren direkt mit den sehr ausgedehnten Seitenventrikeln. Besonders links findet sich sehr ausgeprägt eine konzentrische Richtung der Windungen nach dem Defekte zu; die Windungsoberfläche ist teilweise in den Defekt umgestülpt. Das Kind zeigte spastische Lähmung der Arme und der Beine mit beiderseitigem Babinski und Achillesklonus; Patellarreflexe bei der starren Streckkontraktur der Beine nicht auszulösen. Sprache fehlte, auch sonst zeigte das Kind keine Spuren geistiger Entwicklung. Schlucken sehr erschwert — Pseudobulbärparalyse: *Oppenheims* Saugreflex nicht auszulösen. Nystagmus; beiderseits *Cataracta polaris posterior*. Das Zusammenkommen mit der letzteren Anomalie gibt B. Veranlassung die Möglichkeit zu erörtern, ob nicht in diesem Falle die Porencephalie durch angeborene Entwicklungshemmungen bedingt gewesen sein könnte.

Dann hält B. den von ihm angekündigten Vortrag: *Halbseitige Erkrankungen des Kleinhirns und ihre Diagnose unter Demonstration*

dreier Präparate (zwei Tumoren, ein Abszeß). Er bespricht zunächst die klinischen Symptome und den anatomischen Befund der einzelnen Fälle.

Fall I. (Präparat verloren gegangen). J. V., Dienstmädchen, 20 Jahre. Im Dezember 1892 Kopfschmerzen; von Anfang an auch Erbrechen und Schwindel, der sich mit Ohrensausen verband und so stark war, daß die Kranke in Gefahr war zu fallen. Erste Untersuchung am 27. Mai 1903. Ausgesprochene cerebellare Ataxie; im linken Arm sehr deutlicher ataktischer Tremor, dabei auch Schmerzen im linken Arme. Ausgesprochener Nystagmus nach allen Blickrichtungen, besonders aber beim Blick nach links; im linken Trigeminausgebiete Gefühl herabgesetzt, Kaumuskulatur nicht geschädigt; links Facialis- und Abduzenslähmung; links Lähmung des Gaumensegels, der Pharynxmuskulatur und des Stimmbandes (Vagoaccessorius); links Ohrensausen; linker Hypoglossus intakt. Keine paretischen Erscheinungen an den Extremitäten — Reflexe an diesen nicht verändert. Keine Stauungspapille. Am 8. Juni fand sich beginnende Stauungspapille und links auch zentrale Schwerhörigkeit; die Schwindelanfälle waren stärker geworden; Erbrechen und Kopfschmerzen hatten unter Jodkaligebrauch etwas nachgelassen. Es wurde die Diagnose einer Geschwulst in der hinteren Schädelgrube links gestellt, die wahrscheinlich in der linken Kleinhirnhemisphäre selbst saße, da Allgemeinsymptome und der Schwindel viel eher aufgetreten waren, als die linksseitigen Hirnnervenlähmungen. Von Interesse war das späte Auftreten der Stauungspapille. Herr Dr. Boegel entfernte am 9. Juni einen kastaniengroßen Tumor aus dem vordersten äußeren Teile der Basis der linken Kleinhirnhemisphäre (Sarcom). Die Kranke starb, wie die Sektion zeigte, an einer Nachblutung im vierten Ventrikel. Der Tumor war scharf abgegrenzt gewesen und es fand sich kein anderer im Gehirn; er hatte an der Prädilektionsstelle der otitischen Kleinhirnabszesse gesessen.

Fall II. G. K., 4jähriges Mädchen. Beginn des Leidens im Frühjahr 1903 mit Kopfschmerzen und Erbrechen. August 1903 doppelseitige Stauungspapille, rechts etwas stärker; schwere Anfälle von andauerndem Erbrechen, heftige Kopfschmerzen, besonders beiderseits in der Stirn. Diagnose: Tumor cerebri, Sitz unbestimmt. Dezember 1903: Ausgesprochene cerebellare Ataxie, dabei beide Beine spastisch paretisch mit Patellar- und Achillesklonus und Babinski. Sonst keine cerebralen Erscheinungen. Diagnose: Kleinhirntumor, Seite unbestimmt. März 1904: Allgemeinsymptome haben zugenommen, Schädel vergrößert, Nähte deutlich zu fühlen: in der Nähe der Coronarnaht ausgesprochenes Geräusch des zersprungenen Topfes bei Perkussion. Leichter Nystagmus nach allen Blickrichtungen. Im rechten Arm deutliche Ataxie; das rechte Bein vielleicht etwas schwächer als das linke; in beiden Beinen noch deutliche spastische Parese. Skandierende Sprache, Zwangslachen. Rechts Trigemineuralgie, vielleicht vorübergehend Schwäche der Blickwendung nach rechts. Schwere Stauungspapille. Jetzt Diagnose: Tumor cerebri rechts. Operation (Dr. Kredel) am 15. März 1904; zunächst nur Eröffnung der hinteren Schädelgrube rechts, ohne Eröffnung der Dura. Nach-

mittags Konvulsionen. Nachts 3 Uhr Tod. Vortr. demonstriert das Kleinhirn. Fast die ganze rechte Hemisphäre, besonders hinten, dann ein Teil des Wurms und ein geringer Bezirk der linken Hemisphäre nahe am Wurm ist von einer Cyste mit derber Membran und glatter innerer reiner Oberfläche ausgekleidet: der Cysteninhalt bei der Sektion ausgelaufen. Die Cystenwand bildet direkt die Decke der vorderen Partien des vierten Ventrikels. Im Oberwurm, dicht hinter den hinteren Vierhügeln, ziemlich in der Mitte, etwas mehr nach rechts, ein kirschgroßer solider Tumor, der von der Cyste durch die dicke Cystenwand abgegrenzt ist. Die histologische Untersuchung steht noch aus. Wäre die Operation weiter fortgesetzt, so würde man hier auf die Cyste in der rechten Kleinhirnhemisphäre getroffen sein und würde sich mit ihrer Entleerung begnügt haben; den soliden Tumor im Oberwurm würde man wahrscheinlich gar nicht zu Gesicht bekommen haben.

Fall III. G. W., Dienstmagd, 20 Jahre alt. Früher — vor Jahren — Aufmeißlung des linken Warzenfortsatzes wegen chronischer Ohreiterung links. Dann durch Jahre gesund. Seit einiger Zeit wieder Schmerzen, Fistelbildung an der Narbe, Fieber, Rötung des Trommelfelles; nach Inzision stinkender Ausfluß. Untersuchung am 15. März 1904: Psychisch klar, war aber gestern unbesinnlich. Puls etwa 100, nur einmal Erbrechen, keine Neuritis optica, keine Meningitissymptome. Sehr heftige Schwindelanfälle, besonders beim Aufrichten. Ausgesprochene cerebellare Ataxie; Neigung nach links zu fallen. Im linken Arm ausgeprägte Bewegungsataxie, rechts nicht. Links Achillesklonus, beiderseits Babinski, kein Patellarklonus, Nystagmus nach allen Blickrichtungen, linke Pupille enger als rechte; Pupillarreaktion gut. Links Facialis- und Abduzenslähmung. Hörschärfe nicht bestimmt. Keine rechtsseitige Hemianopsie und keine aphatischen Symptome; auch keine optische Aphasie. Diagnose: Otitischer Abszeß der linken Kleinhirnhemisphäre. Operation am gleichen Tage (Oberstabsarzt Dr. Geißler). Abszeß trotz energischen Suchens nicht gefunden. Tod zwei Tage später. Abszeß in Kastaniengröße im vorderen mediansten Teile der Basis des Kleinhirns, besonders das Gebiet der linken Flocke und Tonsille betreffend. Der Abszeß reicht in der Gegend des Austrittes der Facialis, Acusticus und Abduzens aus dem Hirnstamm dicht an die Pia. (Das Präparat wird demonstriert.)

Fall IV. 4 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen. Wintern 1902 Masern, darauf multiple tuberkulöse Herde in der Haut und im subkutanen Gewebe, auch chronische linksseitige Ohreiterung. In der letzten Zeit viel Kopfschmerz, häufig Erbrechen, Schwindel; das Kind wollte nicht mehr stehen und gehen. Im Kinderkrankenhaus aufgenommen am 13. Juli 1903. Anfang August: Spastische Parese beider Beine. Patellar-, Achillesklonus und Babinski beiderseits. Streckkontraktur der Beine. Setzt man das Kind auf, so klammert es sich ängstlich an und fängt an zu schreien: „ich falle, ich falle“, losgelassen fällt es um. Stehen kann sie nicht mehr. Beiderseits Stauungspapille, links stärker. Links Tuberkulose des Mittelohrs. Links am Vorderkopfe bei Perkussion Geräusch des zersprungenen Topfes. Diagnose: Tuberkel im Kleinhirn. Seite unbestimmt.

Im weiteren Verlaufe schwere Allgemeinsymptome: tonische Krämpfe des Rumpfes und Nackens, Zunahme des Kopfumfanges und allmählich ausgedehntes Scheppern bei Perkussion am ganzen Vorderkopfe. Am rechten Arm sehr deutliche Bewegungsataxie. Beiderseits, aber rechts deutlicher, Abduzenslähmung. Rechts herabgesetztes Gehör ohne Befund am Mittelohr (cerebrale Taubheit?). Krampfhaftes Drehungen um die Längsachse des Körpers in der Weise, daß die linke Rückenseite sich vom Bette abhebt und der ganze Körper sich nach rechts dreht (Rücken nach links, Brust nach rechts, also Drehung wie ein in den Kork hineingedrehter Korkzieher). Aus diesen Symptomen wurde jetzt (Oktober 1903) die Diagnose eines rechtsseitigen Kleinhirntuberkels gestellt, von einer Operation wurde abgesehen. Das Kind wurde dann entlassen und im Dezember 1903 wiedergebracht. Der Status war jetzt folgender: Beine wie früher; spastische Lähmung beiderseits zuerst in Streckkontraktur, später Beugekontraktur in Hüft- und Kniegelenken, bei Equinusstellung der Füße. Jetzt auch die rechte obere Extremität gelähmt, und zwar in typischer cerebraler Beugekontraktur, links am Arme noch keine Lähmung, aber ein Tremor, der die Mitte zwischen ataktischen und intentionalen hielt. Links Abduzenslähmung, rechts nicht mehr. Links Facialislähmung aller Äste mit fehlender faradischer und träger galvanischer Zuckung der Muskeln. Sprache jetzt fehlend, Schlucken sehr erschwert; Trübung der linken, stets unbedeckten Cornea. Keine deutlich nachweisbaren Gefühlstörungen. Jetzt bei den deutlichen linksseitigen Hirnnervenlähmungen Diagnose eines linksseitigen Kleinhirntuberkels; die cerebrale Kontraktur des rechten Armes auf Druck auf die linke Pyramide zurückgeführt. Tod am 8. Februar 1904. Die Sektion ergab: In beiden Kleinhirnhemisphären dicht am hinteren Pol je ein kartoffelgroßer Tuberkel; die mittleren Teile des Pons fast ganz von einem dritten Tuberkel eingenommen, der nur die unteren Querfasern der Brücke und den Boden des vierten Ventrikel freiläßt; dieser endigt nach vorn unter den hinteren Vierhügeln, medullarwärts reicht er bis in die Gegend des Facialis-Abduzenskernes bezw. -Austrittes, aber nur auf der linken Seite (linksseitige periphere Facialis- und Abduzenslähmung). Ein vierter Tuberkel im Kleinhirn rechts, an der Basis des Kleinhirns Flocke und Tonsille zerstörend; dieser liegt dem Eintritt des rechten Brückenschenkels ins Kleinhirn unmittelbar an. Ein fünfter erbsengroßer Tuberkel in der rechten Hälfte des obersten Halsmarkes. Dazu starker Hydrocephalus externus und tuberkulöse Basilarmeningitis.

Die Diagnose hatte geschwankt zwischen einem rechtsseitigen und linksseitigen Kleinhirntuberkel; zuletzt war ein linksseitiger angenommen, da die linksseitigen infranukleären Hirnnervenlähmungen besonders deutlich waren. Die Autopsie wies die Berechtigung dieser Diagnoseschwankungen nach, da beiderseits Kleinhirntuberkel, daneben auch ein großer Tuberkel im Hirnstamm sich fanden. Interessant ist der Befund eines Tuberkels an dem rechten Brückenschenkel, weil im Verlaufe des Leidens Drehbewegungen um die Längsachse des Körpers bestanden hatten, wie sie bei rechtsseitigen Brückenarmläsionen vorkommen sollen.

In der Sitzung des Vereins im Jahre 1899 (s. d. Zentralbl. 1899. S. 519) hat Votr. an der Hand eines Kleinhirntuberkels über die Schwierigkeiten gesprochen, die sich der Diagnose der Seite einer Kleinhirnerkrankung entgegenstellen. Die damals bekannten echten Kleinhirnsymptome — Ataxie, Schwindel, Nystagmus — erlaubten keinen Schluß auf die erkrankte Seite. Die bei Tumoren auftretenden cerebralen Extremitätenlähmungen entstehen durch Druck auf die Pyramiden; sie konnten aber mit dem Kleinhirntumor gekreuzt oder gleichseitig sitzen oder auch doppelseitig sein. Am sichersten sei die Diagnose, welche Kleinhirnseite erkrankt sei, wenn sich deutliche einseitige Hirnnervenlähmungen oder diese mit gekreuzter Extremitätenlähmung (alternierende Hemiplegie) oder einseitige Blicklähmungen fanden. Neuerdings ist nun von verschiedenen Seiten (*Russel, Babinski, Mann*) hervorgehoben, daß Kleinhirnhemisphären Erkrankungen an sich 1. ataktische Symptome im gleichseitigen Arme und Beine, 2. Paresen in der gleichseitigen unteren und oberen Extremität bedingten, die sich nach *Mann* wesentlich von cerebralen Lähmungen unterscheiden sollen. Eine anatomische Grundlage für diese Störungen würde der jetzt sichere Nachweis einer Bahn zentrifugaler Art, die vom Kleinhirn in den Seitenstrang derselben Seite des Rückenmarks verläuft, geben. Votr. hat nun ebenso wie *Oppenheim* sicher vom Kleinhirn abhängige, mit der Erkrankung gleichseitige Lähmungen bisher nicht gesehen, dagegen fanden sich in allen vier oben beschriebenen Fällen Bewegungsataxie der oberen Extremität, aber nicht auch der unteren, auf der Seite der Erkrankung. und Votr. meint, daß diese Ataxie ein direktes Kleinhirnsymptom sei und bestimmt auch auf die Seite — nämlich die gleiche — der Erkrankung hinweise. Damit hätten wir dann ein neues, sehr bestimmtes und, wie es scheint, sicheres Symptom für die Diagnose der Seite einer Kleinhirnerkrankung gewonnen, ein Symptom, das um so wichtiger ist, als es, wie es scheint, frühzeitig auftritt und ein reines Kleinhirnsymptom ist. Es würde also, wenn es vorhanden ist, die Diagnose der Seite z. B. eines Kleinhirntumors gestatten, ohne daß man auf Hirnnerven- oder Kleinstammsymptome zu warten brauchte, was besonders deshalb auch von Bedeutung, weil eine Kombination von Kleinhirn-, Brücken- und Hirnnervensymptomen nicht nur bei Kleinhirntumoren, sondern auch bei solchen der Brücke über der hinteren Schädelgrube möglich ist. Im oben erwähnten zweiten Fall waren Hirnnerven und Ponssymptome auf der rechten Seite nur angedeutet, die Ataxie des rechten Armes aber erlaubte die Diagnose einer Affektion der rechten Kleinhirnhemisphäre. Im Fall IV fand sich Ataxie des Armes erst rechts, später links; die Autopsie wies doppelseitige Kleinhirntuberkel nach. Immerhin möchte Votr. auch jetzt noch auf die Konstatierung einseitiger Hirnnervenlähmungen und einseitiger Ponsläsionen für die Diagnose der Seite eines Kleinhirntumors oder Abszesses den größten Wert legen: namentlich in Fall I waren die Hirnnervenlähmungen auf Seite des Kleinhirntumors sehr ausgebildet, bzw. betrafen eine große Anzahl der Hirnnerven.

Fall I und II zeigen, wie ungünstig die Aussichten von Operationen bei

Kleinhirntumoren sind, auch bei ganz richtiger Diagnose. In Fall III war es ein besonderes Unglück, daß der Operateur mit dem Messer nach außen vom Abszeß blieb; da keine Spur von Meningitis bestand und auch der Befund am knöchernen Gehörorgan ein sehr günstiger war, wäre hier bei Entleerung des Abszesses ein voller Erfolg zu erwarten gewesen. Fall IV zeigt, wie kompliziert die Verhältnisse in Fällen von Solitär tuberkel des Gehirns sein können und oft sind; hier hatte wahrscheinlich der Ponstuberkel schon vor den Kleinhirntubeln eine größere Ausdehnung erreicht, da im Anfange bei unbestimmten Hirnsymptomen schon so ausgeprägte spastische Parese beider Beine bestand, daß erst an Wirbelkaries gedacht wurde.

In der Diskussion zu dem *Brunsschen* Vortrag bemerkt *Vogt-Göttingen*, daß er den erwähnten Drehbewegungen um die Längsachse entsprechende Drehbewegungen um die Längsachse bei Kaninchen sah.

Cramer-Göttingen: Über Aphasie. Votr. berichtet über einen hirnanatomisch und kriminell interessanten Fall. Ein ca. 60jähriger Bauer, welcher schon lange mit seiner Familie in Unfrieden gelebt hat, wurde bewußtlos mit schweren, offenbar von Beilhieben herrührenden Kopfverletzungen aufgefunden. Bei genauerer Untersuchung fand sich neben anderen schweren Verletzungen ein Knochenbruch an der l. Seite des Schädels, wodurch das Gehirn verletzt war. Der Verletzte kam wieder zu sich, motorische Störungen von seiten der Extremitäten bestanden nicht. Dagegen waren von dem Kranken, der sich sonst geordnet benahm, zusammenhängende sprachliche Äußerungen nicht zu erhalten, insbesondere nicht darüber, ob einer seiner Söhne der Täter gewesen sei, welcher durch andere Momente verdächtig erschien. *Cramer* sollte als Sachverständiger sich über die Zeugnisfähigkeit des Verletzten äußern. Er stellte zunächst fest, daß der Kranke äußerlich orientiert war, insofern er Personen und Gegenstände erkannte und ihre Bedeutung durch Zeichen angab. Bei den sprachlichen Äußerungen zeigte der Kranke zunächst die Erscheinung der Perseveration, insofern als er eine auf eine Frage gegebene Antwort auch bei einigen folgenden Fragen wiederholte. Diese Perseveration konnte jedoch beim öfteren Fragen, namentlich unter Zuhilfenahme optischer Vorstellungen beseitigt werden. Bei der Benennung von Gegenständen zeigten sich außerdem paraphasische Störungen. Es wurden dem Kranken nun eine ganze Reihe von Personen genannt immer mit der Frage, ob etwa die betreffende der Täter gewesen sei, was von dem Kranken verneint wurde. Bei der Nennung des Sohnes bejahte der Kranke lebhaft. Die darauf folgende Frage, ob es ein anderer gemacht habe, verneinte er wieder. Die wiederum gestellte Frage, ob es sein Sohn gemacht habe, bejahte er wieder. Diese Fragestellung wurde noch mehrere Male mit demselben Resultate wiederholt, und es konnte dadurch ausgeschlossen werden, daß die bejahende Antwort etwa der Ausdruck der Präservation sei.

Beim Lesen zeigt der Kranke ebenfalls paraphasische Störungen. Die Schreibfähigkeit konnte nicht geprüft werden, da die ebenfalls verletzten Hände des Kranken verbunden waren.

Einige Zeit später starb der Kranke an Erschöpfung. Bei der Obduktion wurde festgestellt, daß an der Stelle der Schädelverletzung ein kreisrundes, markstückgroßes Loch der Schädelkapsel sich befand. In diesem Bereich war die Dura mit dem Schädeldach, den weichen Hirnhäuten und der Hirnsubstanz verklebt. Die Hirnsubstanz war an dieser Stelle erweicht, und zwar betraf der Defekt die Kuppe des mittleren Teiles der dritten Frontalwindung und war ziemlich scharf gegen die Nachbarschaft abgegrenzt. Nur in die untere Schläfenwindung führte noch eine kanalförmige, schmale Erweichung, welche offenbar bei der Sondierung im Leben entstanden war. Das übrige Gehirn und seine Häute waren intakt.

Auf Grund dieser klinischen Beobachtung und des Obduktionsbefundes kommt *Cramer* zu dem Schluß, daß es sich hier um eine motorische Aphasie von hauptsächlich transkortikalem Charakter handelte, die durch paraphasische Störungen kompliziert war.

Die Aphasie war bedingt durch eine partielle Zerstörung der dritten Frontalwindung. Da der Kranke zur Zeit seiner Zeugenaussage im übrigen orientiert war, da die Obduktion auch die Intaktheit des übrigen Gehirns ergab und nichts für eine allgemeine Gehirnerkrankung sprach, kam *Cramer* weiter zu dem Schluß, daß der Verletzte bei seiner Zeugenaussage durch krankhafte Momente nicht beeinflußt war. Die Zeugenaussage konnte demgemäß zusammen mit Indizienbeweisen als belastend von der Anklage verwertet werden.

Alt-Uchtsprunge: Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems.

Im Widerstreit der Meinungen über die näheren Vorgänge bei der *Brown-Sequardschen* inneren Sekretion der Drüsen und über die Erfolge der Organotherapie steht seit Jahren felsenfest, daß Fehlen oder Untätigkeit der Schilddrüse bei Mensch und Tier ein erschreckend schweres somatopsychisches Leiden bedingt, daß nur bei Einverleibung dieser Drüsensubstanz zu beeinflussen ist. Diese Wirkung der Schilddrüsenbehandlung konnte in Uchtsprunge an einer verhältnismäßig großen Anzahl myxödematöser Kinder studiert werden. Es kamen während der letzten 5 Jahre sieben ausgesprochene (sämtlich Mädchen) und fünf weniger ausgeprägte, aber doch ziemlich schwere Fälle (3 Mädchen, 2 Knaben) von sporadischem Kretinismus bei fehlender oder verkümmelter Schilddrüse zur Behandlung. Als Ursache des Mangels oder Kümmerns der Drüse glaubt *Alt* Syphilis und Tuberkulose beargwöhnen zu müssen, die ihm in der Anamnese mehrfach begegneten. Bei allen Kindern, die durchgreifend behandelt werden konnten, zeigte sich eine ans Wunderbare grenzende Besserung aller psychischer wie körperlicher Symptome, wie an vier Photogrammen der beiden glänzendsten Fälle gezeigt wurde. Die eine Photographie ist bei der Aufnahme, die andere nach der Behandlung gemacht. Eines dieser Kinder wurde, wenige Monate nach Einleitung der Kur von der leiblichen Mutter nicht

wiedererkannt, so weitgehend war die Besserung und Weiterentwicklung der Kranken. Auffallend ist, daß in der Mehrzahl der Fälle die Krankheit von den Ärzten, die uns die Kranken übersandten, nicht erkannt war. So war die letzterwähnte kleine Patientin, die alle die so charakteristischen Symptome des Leidens darbot, der Anstalt als ganz besserungs- und bildungsunfähig zugeschickt worden.

Der Heilplan ist folgender: nach einleitender, physikalisch-diätischer Behandlung — Bekämpfung der meist bestehenden Darmstörungen, Hebung der Ernährungszustandes — wird im Hinblick auf den etwaigen luetischen Ursprung des Leidens Jod gegeben. Schon dabei tritt häufig eine Besserung, besonders der Hautsymptome auf. Dann geben wir, bei sorgfältiger Überwachung der Körpergewichts, der Herztätigkeit usw., Thyreoidin-Merck (in Tabletten à 0,1 g), anfangs jeden zweiten Tag, später täglich eine Tablette. Im Bedarfsfalle wird der Nahrung ein Eiweißpräparat, am besten ein pflanzliches, zugesetzt. Die Behandlung muß jahrelang durchgeführt werden.

Die nach Ausfall der Schilddrüsentätigkeit beobachteten schweren Vergiftungserscheinungen sind ausgelöst durch Stockung der intermediären Eiweißspaltung, durch aufgehäuften, am weiteren Abbau gehinderte Stickstoffzerfallsprodukte. Es fiele somit der Schilddrüse die Aufgabe zu, dem Körper ein wirksames Ferment zur Oxydation der Eiweißkörper zuzuführen. Der wesentliche Bestandteil dieses Ferments ist das von *Baumann* gefundene Thyreojodin.

Zuletzt wird kurz die analoge Behandlung der *Basedowschen* Krankheit durch *Möbius* (mit Blutserum schilddrüsenberaubter Pflanzenfresser) und *Lanz* (Trinken der Milch thyreodektomierter Ziegen) erwähnt.

In der Diskussion fragt *Löwenthal-Braunschweig*, ob von *Alt* auch Tetaniefälle mit Schilddrüsen Serum behandelt sind.

Bruns-Hannover hat Erfolge mit Thyreoidetabletten bei Idiotie pachydermique erzielt. Bei Tetanie hat er sie noch nicht angewandt.

Weber-Göttingen berichtet nach Thyreoidinanwendung Besserungen der depressiven Psychosen der Frauen im Klimakterium gesehen zu haben.

Alt-Uchtsprunge schließt die Diskussion, indem er bemerkt, daß bei Tetanie in zwei Fällen die Organotherapie keinen besonderen Erfolg ergeben habe. Bei Psychosen jugendlicher Mädchen sah er Besserung durch Ovarialpräparate. Er macht noch aufmerksam, daß durch Lues Schädigungen von Drüsen in ihrer Funktion vorkommen, durch deren Ausfall oder Verminderung noch nach langer Zeit nervöse Krankheitssymptome entstehen können.

Behr-Lüneburg. Die Beziehungen zwischen Nierenerkrankung und Geistesstörung.

Vortr. berichtet nach kurzem Eingehen auf die einschlägigen Angaben in der Literatur über einen Fall, in dem er geneigt ist, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der tödlich endenden Psychose und einer intra vitam nachgewiesenen und durch die Sektion bestätigten akuten Nephritis anzunehmen.

nehmen. Es handelte sich um eine 28 jährige, erblich nicht belastete, bis dahin stets gesunde Frau, die sich in jeder Weise normal entwickelt hatte. Ein Kind von 2 $\frac{1}{2}$ Jahren ist gesund. Gegen Ende März unternahm die Kranke eine schon länger geplante Reise, von der sie nach einigen Tagen zurückkehrte. Auf der Reise sollen, nach Angabe des Mannes, verschiedene psychische Momente auf sie eingewirkt haben; so wurde in ihrem Beisein einer schwer erkrankten Verwandten das Abendmahl gereicht, weiter hatte sie Streit mit ihrem Vater, der, ihrem Wunsch entgegen, seinen Hof verkaufen wollte. Nach der Rückkehr von der Reise fiel Patientin dem Manne auf, sie klagte über Kopfschmerz, Mattigkeit, war dabei zerstreut, zeigte gegen ihre sonstige Gewohnheit eine große Redseligkeit, erzählte von ganz gleichgültigen Dingen in der weitschweifendsten Weise. Nach einigen Tagen Ausbruch der Psychose mit völliger Verwirrtheit, ängstlicher Stimmung, unausgesetzten völlig ideenflüchtigen Reden, lebhaften Halluzinationen, besonders des Gesichts, und schwerer motorischer Unruhe, die die schleunige Überführung der Kranken in die Anstalt nötig machten. Die Aufnahme erfolgte ungefähr am achten Tage nach Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen.

Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt bot die körperlich leidlich genährte Kranke, bei der Lähmungserscheinungen nicht nachweisbar waren, dauernd das Bild hochgradiger Verwirrtheit, sie war vollständig ideenflüchtig, gar nicht zu fixieren, verkannte alle Personen und halluzinierte zeitweise sehr lebhaft, auch hier handelt es sich vorzugsweise um Gesichtshalluzinationen. Dabei war sie dauernd in lebhafter motorischer Unruhe, die sich durch keine therapeutischen Eingriffe beeinflussen ließ und sich von Zeit zu Zeit zu schweren furibunden Erregungszuständen steigerte, in denen die Kranke alles zerriß, sich auf der Erde wälzte und Neigung zur Unsauberkeit zeigte. Die Nahrungsaufnahme war sehr mangelhaft, der Stuhl meistens angehalten. Zehn Tage vor dem Tode trat ein unregelmäßiges Fieber auf, für das ein objektiver Befund nicht nachweisbar war. Schon am Tage der Aufnahme, also etwa am achten Krankheitstage, fanden sich im Urin reichliche Eiweißmassen. mikroskopisch konnten zahlreiche hyaline und verfettete Zylinder und rote Blutkörper nachgewiesen werden. Der Urinbefund war stets der gleiche, so oft eine Untersuchung sich ermöglichen ließ. Leichtes Ödem beider Füße. Die Herzaktion beschleunigt, aber bis kurz vor dem Exitus kräftig und gleichmäßig. Krankhafte Veränderungen der inneren Organe sonst nicht nachweisbar. Am 28. April, nach einer Gesamtdauer von 3 $\frac{1}{2}$ Wochen plötzlicher Collaps, nachdem Patientin kurz vorher relativ klar gewesen war, und Exitus.

Die Sektion ergab am Herzen eine fettige Degeneration mäßigen Grades. Die in ihrem Umfange bedeutend vergrößerte linke Niere bot makroskopisch und mikroskopisch das Bild der akuten hämorrhagisch-parenchymatösen Nephritis. An einzelnen Stellen ältere entzündliche Veränderungen. Die rechte Niere fehlte, an ihrer Stelle lagerte ein maschiges Gewebe mit erbsengroßen Kalkeinlagerungen. Im Gehirn makroskopisch, abgesehen von leichtem Ödem, keine Veränderung, ebenso an den Gehirnhäuten. Mikroskopisch zeigte

sich an den Ganglienzellen das Bild der mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Chromatolyse. Die Gefäße, abgesehen von einer Blähung der Endothelien, zart und dünnwandig, reichliche Ansammlung und reihenweise Anordnung von Gliazellen entlang der Gefäßwand. Glia und Nervenfasern ohne Veränderung. Vortragender glaubt in diesem Falle die unter dem Symptomenkomplex des akuten Delirium verlaufene Psychose als Folge der akuten Nephritis betrachten zu müssen. Einmal handelt es sich in dem Falle nicht um eine einfache Albuminurie, wie man sie häufig bei schweren Erregungszuständen infolge motorischer Unruhe und bei mangelhafter Nahrungsaufnahme findet, sondern der Urinbefund (Eiweiß, hyaline Zylinder, rote Blutkörper) weist darauf, daß schon bei der Aufnahme, also zirka am achten Krankheitstage, eine schwere hämorrhagische Nephritis in der Niere Platz gegriffen hatte. Wenn auch eine Urinuntersuchung vorher nicht stattgefunden hatte, der Beginn der Nephritis sich deshalb nicht sicherstellen läßt, so glaubt sich Vortr. nach dem Urinbefund doch zu der Annahme berechtigt, daß die Nierenerkrankung bereits länger als acht Tage bestanden habe, also zeitlich der Psychose vorausgegangen sein muß. Weiter spricht für einen derartigen Zusammenhang das Fehlen anderer ätiologischer Ursachen, denn die psychischen Affekte können nur den Wert eines auslösenden Momentes haben, und endlich das klinische Bild der Psychose selbst, das neben Infektions- und sonstigen erschöpfenden körperlichen Krankheiten besonders bei Intoxikationen beobachtet wird. Pathogenetisch handelt es sich um eine durch Retention giftiger Harnbestandteile bedingte Intoxikation, um eine urämische Intoxikation. Die Psychose tritt an Stelle der sonst bei Urämie beobachteten Gehirnsymptome, es handelt sich um ein Äquivalent des urämischen Anfalls. Besonders verhängnisvoll war das Fehlen der rechten Niere, weil einmal die Prognose dadurch bedeutend verschlechtert wurde. Bei der erhöhten, durch die lebhaftere Funktion bedingten Vulnerabilität der erhaltenen Niere ist es erklärlich, daß einmal geringfügige Ursachen schwere Schädigungen der Niere veranlassen können, während andererseits leichte Funktionsstörungen der einen Niere schwere Allgemeinerscheinungen zur Folge haben mußten.

In der Diskussion zu dem Behrschen Vortrag erinnert Alt-Uchtsprunge an die Puerperal- und Schwangerschaftspsychosen, die mit Eiweißausscheidung einhergehen und entsprechend den Nierenerscheinungen mit Erfolg behandelt werden. Außerdem macht Alt auf die Salzausscheidung durch die Nieren aufmerksam, deren Wichtigkeit besonders bei Epileptischen hervortritt. Auch ohne abnorme Eiweißausscheidung ist die Salzregulierung durch die Nieren manchmal gestört.

Weber-Göttingen: Über akute letal verlaufende Psychosen.

Auf Grund der Beobachtung einer Anzahl von Fällen kommt Vortragender zu folgenden Schlüssen:

1. Abgesehen von dem Bild des Delirium acutum können akut einsetzende Psychosen auch in einer anderen Form rasch deletär verlaufen,

ohne daß dabei etwas anderes als der zugrunde liegende Hirnerkrankungsprozeß für den ungünstigen Ausgang verantwortlich gemacht werden kann. Insbesondere können dabei körperliche Erschöpfung durch Nahrungsverweigerung oder hochgradige motorische Unruhe, bakterielle Infektionen, Pneumonien und andere Momente, welche häufig beim Delirium acutum den tödlichen Ausgang herbeiführen, völlig fehlen.

2. Der hier in Betracht kommende Symptomenkomplex setzt sich zusammen aus schwerer, häufig mit Angst verbundener Depression bei erhaltener äußerer Orientiertheit, primärer, assoziativer und psychomotorischer Hemmung, während Halluzinationen und Wahnideen meist fehlen. Daneben können katatonie Symptome, insbesondere *Flexibilitas cerea*, Passivität oder Befehlsautomatie auftreten; in den reinsten Fällen handelt es sich um das Bild der akinetischen Motilitätspsychose im Sinne von *Wernicke*, die nur selten und ganz vorübergehend von impulsiven Handlungen durchbrochen wird. Fieber fehlt bis zu der letzten agonal verlaufenden Wendung; von körperlichen Symptomen findet sich höchstens Kälte, Cyanose und Ödeme an den Extremitäten als Zeichen einer Zirkulationsstörung.

3. Ebenso wenig wie das Delirium acutum ist dieser Symptomenkomplex der Ausdruck eines ätiologisch oder anatomisch einheitlichen Krankheitsprozesses; er findet sich als akutes Stadium organischer und funktioneller Geistesstörungen verschiedener Art.

4. Obwohl der erwähnte Symptomenkomplex akut einsetzt und rasch verläuft, ergibt die Anamnese und zum Teil auch die anatomische Untersuchung, daß die Erkrankung, ähnlich wie das Delirium acutum, sich meist auf einem nicht völlig intakten Boden abspielt, wodurch vielleicht der ungünstige Ausgang erklärt wird. Besonders wirken als prädisponierende Momente Traumen und schwere erbliche Belastung, letztere namentlich bei den dem Jugendirresein angehörigen Fällen.

5. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergibt außer chronischen, auf frühere Schädigungen des Gehirns hinweisenden Veränderungen verschiedener Art, ähnliche Befunde wie beim Delirium acutum und bei anderen akuten Hirnprozessen, namentlich an den Gefäßen, der Glia und den Ganglienzellen. Der klinische Symptomenkomplex wird durch diese Befunde nicht genügend erklärt.

Vogt-Göttingen: Über die Wirkung des Alkohols auf die Pupillenreaktion.

Vortr. teilt Untersuchungen mit, die auf Anregung von Herrn Professor *Cramer* vor 11½ Jahren angestellt sind. Es handelt sich um die Verabreichung einmaliger, geringer Alkoholdosen (Grog mit 30 ccm Rum oder Arak) an psychisch minderwertige Personen (Idioten, *Dégénérés*). Es kam von 40 Fällen in 1½ Veränderung in der Reaktionsweise der Pupillen (Trägheit, Ungleichheit der Reaktion) zur Beobachtung. Parallel damit ging eine Trübung und Einschränkung des Bewußtseins. Die übrigen Störungen der motorischen,

psychomotorischen und reflektorischen Sphäre fehlten nicht (besonders Steigerung des Kniephänomens). Pupillenveränderung nach akuter Alkoholvergiftung beim normalen Menschen fehlte stets (*Cramer*). Chronische Alkoholisten zeigen im Rausch und auch zuweilen außerhalb des Zustandes der akuten Vergiftung enge oder starre und träge Pupillen (*Moeli*, *Bonhöffer*, *Siemerling* u. a.). Das Pupillenphänomen nimmt eine besondere Stellung in dieser Hinsicht ein, da die anderen Reflexe (Kniephänomen usw.) auch beim Gesunden unter der Alkoholwirkung eine Veränderung erfahren (*Sommer*). Die Veränderung im Ablauf der Reaktion der Pupillen nach Alkoholintoxikation ist der Ausdruck entweder einer angeborenen Resistenzverminderung (Versuchsreihe), oder einer erworbenen (chronischer Alkoholismus). Der Wert des Experiments liegt in der Tatsache, daß der Pupillenbefund ein Ausdruck ist für die vorhandene allgemeine Intoxikation des Gehirns (*Gudden*), daraus resultiert der Wert dieses Maßstabes in foro. Notwendig bleibt die Rolle zu beachten, die die „Nebenumstände“ bei einer im Zustande der Alkoholintoxikation begangenen Tat spielen. Es geben bei weitem nicht alle Fälle übereinstimmend den gleichen Befund. Nur der positive, nicht der negative Ausfall des Experiments hat Wert. Die Erklärung der Erscheinung liegt in der Tatsache, daß die Alkoholwirkung in einer cerebralen Hemmung besteht und daß zu den höheren Reflexen (Saugreflex, Pupillen) auch eine erregende cerebrale Komponente gehört. (Ausführliche Publikation demnächst.)

R. Snell-Hildesheim.

Literatur.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. VI. Jahrgang. Leipzig, Spohr. 744 S. Herausgegeben von Dr. Hirschfeld.

Auch diesmal müssen wir dem Jahrbuch unsere volle Anerkennung zollen. Für den Psychologen, Psychiater und Richter findet sich da ein höchst wertvolles wissenschaftliches Material angesammelt. In der ersten Arbeit behandelt *Numa Praetorius* Homosexualität und Bürgerliches Gesetzbuch. Gerade das Zivilrecht hat bisher die Inversion wenig beachtet und doch hat sie Wichtigkeit bei den Voraussetzungen der Ehe und Ehescheidung, wie auch bei gewissen über die Enterbung und die Alimentationspflicht geltenden Grundsätzen, was Verf. näher bespricht. Dabei hält er die H. (= Homosexualität) nicht für eine Krankheit. Die Fälle sind nicht selten, wo es in vivo unmöglich ist, das Geschlecht zu bestimmen. Die H. kann bei der Anfechtung der Ehe eine Rolle spielen, schon der eventuellen Impotenz halber. Die Richtung des Geschlechtstriebes bildet stets eine persönliche Eigenschaft. Die H. bewirkt sehr oft zwischen den Ehegatten eine Disharmonie. Wird ein Ehegatte des § 175 überwiesen, so muß die Ehescheidung auf Antrag des andern Teils ausgesprochen werden, wobei jedoch eventuelle Onanie keinen Scheidungsgrund abgibt. Bei Zustimmung der homosexuellen Handlung fällt das Recht auf Scheidung aus, doch kann jeden Augenblick die Zustimmung zurückgenommen werden. Eine vereinzelte homosexuelle Handlung macht aber noch nicht den unmoralischen Lebenswandel aus. Bezüglich der Unzurechnungsfähigkeit kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Auch bei ein und derselben Person kann bez. eines homosexuellen Aktes Zurechnungsfähigkeit, bez. eines andern, Unzurechnungsfähigkeit bestehen. Hiermit nimmt Verf. mit *Moll* die Möglichkeit partieller Zurechnungsfähigkeit an, die er auch weiter begründet. Im Einzelfalle — freilich sehr selten! — könnte man die Willenserklärung eines H. für nichtig erklären. Da die H. höchstens nur eine geistige Anomalie leichteren Grades ist, ist von einer Entmündigung deshalb allein nie die Rede.

Ein protestantischer Theologe, Prof. *Wirz*, studiert die Uranier vor Kirche und Schrift, speziell vom protestantischen Standpunkte und kommt zum Schluß, daß nirgends hier eine Verdammung der H. vorliege und der Uranier ruhig

Theolog werden kann oder als Laie die geistigen Güter seiner Kirche genießen darf. Er hat recht, wenn er sagt, daß es nötig wäre, wenn die Theologen mehr als bisher das Wesen der H. studierten und hier wäre es angebrachter, Mitleid zu empfinden, als mit den Heiden. Mit Recht erinnert er auch daran, daß Moral- und bürgerlicher Strafkodex durchaus nicht immer sich decken. Der sittliche Maßstab den Homo- und Heterosexuellen gegenüber müßte immer derselbe sein. Verf. untersucht dann speziell die berühmte Stelle bez. Sodoms und Gomorrhas und weist, wie das schon früher von anderer Seite geschah, nach, daß hier die H. beim göttlichen Strafgericht nur ein begleitendes Moment darstelle. Bei der Geschichte Onans wiederum handelt es sich um Coitus interruptus und nicht um Masturbation! Paulus ist kein H. gewesen, wozu ihn einzelne stempeln wollten.

Ganz ausgezeichnet ist *Hirschfelds* Arbeit: das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. Nur der statistische Weg konnte hier Resultate erzielen und zwar 1. auf dem Wege der Stichproben und 2. der ausgesandten Fragebogen. Letztere sandte Verf. an die Studenten der Charlottenburger Hochschule und an Metallarbeiter. Er findet so, daß als Minimum in Deutschland über 1 Million Personen sind, die rein oder überwiegend homosexuell veranlagt sind, davon allein 56000 in Berlin! Eine überraschende Zahl, die aber sehr wahrscheinlich ist. Hat doch z. B. Referent in einem sehr kleinen Winkel Berlins in Wirtschaften an zwei Abenden mehrere Hunderte von Invertierten angetroffen!

Vielfach anfechtbar ist dagegen die Studie *Friedländers*, „Die physiologische Freundschaft als normaler Grundtrieb des Menschen und als Grundlage der Sozialität“. Außer der elterlichen und geschlechtlichen Liebe nimmt Verf. nämlich noch eine dritte Art Liebe an: die physiologische Freundschaft, die allein die höchsten Güter der Kultur erringen half und in höherer Steigerung zur H. führt. Das ist entschieden alles sehr zu beanstanden! Liebe überhaupt beruht nach Verf. auf Duftwahrnehmungen! Er kommt so zu dem merkwürdigen Satze, daß die gleichgeschlechtliche Liebe geradezu identisch mit dem sozialen Instinkte sei. Diese Liebe brauche durchaus nicht immer mit eigentlicher Geschlechtsliebe identisch zu sein.

Ganz ausgezeichnet sind *v. Neugebauers* „103 Beobachtungen von mehr weniger hochgradiger Entwicklung eines Uterus beim Manne“ und „58 Beobachtungen von periodischen genitalen Blutungen menstruellen Anscheins etc.“ Leider fehlen erläuternde Zeichnungen! Sehr wichtig ist, daß man jetzt echte Zwitter, d. h. also Träger der Verbindung von Hoden und Eierstöcken, wirklich gefunden hat, wenigstens wurden zweimal in ein- und derselben Drüse (Ovitestis) mikroskopisch die Bestandteile beider Keimdrüsen gefunden. Bez. ihres Geschlechtslebens lügen die Scheinzwitter oft. Wichtig ist, daß relativ oft ein Uterus simplex uni- oder bicornis oder eine Tube bei männlichen Scheinzwittern in „inguinaler, inguinokrotaler oder inguinolabialer Ektopie sich befand“, ferner der Uterus oft den ein- oder beiderseitigen Kryptorchismus verursachte.

Eminent geistreich und gelehrt sind v. *Römers* „Vorläufige Mitteilungen über die Darstellung eines Schemas der Geschlechtsdifferenzierungen“. Bei dem Geschlechte variiert die Geschlechtsdrüse, der Körperbau, die psychischen Eigenschaften und endlich die Richtung des Geschlechtstriebes. Verf. nimmt ferner weitere Unterabteilungen für die Variationen an, wie Alter, Pubertät etc., und bringt für die Hauptkombinationen charakteristische griechische Namen, die freilich kaum Eingang finden dürften. Als „mögliche Variationen, d. h. als sexuelle Zwischenstufen“, findet er die ungeheure Zahl von 687 375 Variationen. „Natürlich werden darunter auch absolut undenkbare Kombinationen zu finden sein, aber wenn auch nur $\frac{1}{1000}$ davon wirklich besteht, so wären dann doch schon 687 Zwischenstufenformen.“ Jedenfalls ist die Studie sehr beachtenswert!

Frey schildert die Liebschaften Platens, besonders als Student, auf Grund seiner Tagebücher, die allerdings einen klassischen H. zeigen. Man muß seine tiefe Seelenpein bemitleiden. Interessant ist es, daß Pl. auch Liebig und Kopisch näher trat. Sicher bietet ein Einblick in seine homosexuelle Seele erst volles Verständnis für viele seiner Gedichte. Aber auch einfachen Leuten näherte er sich liebend. Er liebte nicht nur platonisch, sondern physisch und der Kuß war ihm ein Hochgenuß. Erst allmählich erkannte er die Natur seiner Liebe an und hielt sie als ihm von der Natur auferlegt. Jedenfalls gehört Platen, meint Ref., zu den neuropathischen Urningen, die hart an der Grenze des Kranken stehen, doch sind das durchaus nicht alle, wie so viele meinen.

Einen Glanzpunkt des Jahrbuchs bietet wiederum die Bibliographie der Homosexualität (hier für das Jahr 1903) von *Numa Praetorius*. Wohl ziemlich erschöpfend werden die wissenschaftlichen und belletristischen Sachen kurz dem Inhalte nach angegeben, ausgezeichnet kritisiert und höchst interessante und belangreiche Bemerkungen daran geknüpft, von denen wir die hauptsächlichsten hier verzeichnen möchten. Verf. meint, daß die H. im Volke ebenso verbreitet ist, wie in vornehmen Kreisen. Ref. möchte vorläufig noch daran zweifeln und auch *Hirschfelds* Erhebungen haben hier keine Klarheit geschafft. Sicher ist, daß in den öffentlichen Irrenanstalten, die meist vom Volke aufgesucht werden, H., abnorm selten ist, was man aber allerdings auch so deuten könnte, daß eben H. wenn überhaupt, so doch nur ein geringes Stigma ist und eben deshalb Irrsinn damit seltener vergesellschaftet ist. Sehr richtig ist des Verf.s Bemerkung, daß bisher die Sozialdemokraten die einzige politische Partei waren, die vorurteilslos über H. sprachen und den § 175 abgeschafft wissen wollten. Mit Recht wird davor gewarnt, aus einer einzelnen Eigenschaft auf weibliche Art, auf sexuelle Zwischenstufe zu schließen oder dasselbe bei Sehnsucht nach Freundschaft zu tun. (Lag letztere doch z. B. im 18. Jahrhundert in der Luft! Ref.) Auch zwischen Liebe und Freundschaft finden sich Übergänge. Verf. hebt als ersten, der die Theorie der bisexuellen Anlage bei H. aufbrachte, den Franzosen *Gley* hervor und zwar 1881. Später erst folgten v. *Krafft-Ebing*.

Kiernan, Ellis etc. Energisch, und das vollkommen richtig, bekämpft Verf. weiter übertriebene Forderungen gewisser Invertierter, so z. B. die Erlaubnis zu Ehen von Homosexuellen, zu offener Werbung solcher etc. Dagegen sei eine Gleichwertung der H. mit der Heterosexualität möglich und wünschenswert, damit der Uranier nicht wirtschaftlich und sozial, wie bisher, wegen seiner Natur geschädigt und diszipliniert würde. Das beste Mittel, um die Gegensätze auszusöhnen, sei persönliche Bekanntschaft untereinander. Verf. bestreitet, daß es heterosexuelle Lüstlinge gäbe, die zuletzt auf H. verfallen. Ref. hält dies immerhin für möglich, doch müßten allerdings zwingende Beweise dafür vorgebracht werden, nicht bloße Behauptungen. Denkbar nämlich ist es wohl, daß bei Lüstlingen sich durch Autosuggestionen eine Art von homosexuelle Zwangsideen entfache. Verf. bestreitet, daß ideale Liebe bei Invertierten häufiger sei, als bei Heterosexuellen, ja Keusche sind dort noch seltener, das um so eher, als die libido dort stärker ist. Über letzteren Punkt sowie darüber, ob sie länger als bei den Normalen andauert, herrscht aber noch, so glaubt Ref. wenigstens, tiefes Dunkel. Mit Recht fordert Verf. für gewisse Prozesse (z. B. den von Dippold) bei sexuellen Anomalien Spezial-sachverständige und bedauert die absprechenden Urteile so vieler Psychiater, die doch von der H. nur so wenig wüßten, und darin tritt ihm Ref. völlig bei. Was in den Großstädten der Irrenarzt von den Invertierten zu Gesicht bekommt, ist meist entartet. Er kennt aber meist nicht das Gros derselben, die kaum von den sog. Normalen unterschieden sind. Ref. hat davon kürzlich mehrere Hunderte kennen gelernt und hatte von ihnen im ganzen nur einen günstigen Eindruck. Grillparzer hält Verf. für keinen echten Invertierten, nur in der Jugend empfand er homosexuell. Man muß vorsichtig sein, bevor man aus Schriften etc. jemand für einen Invertierten hält! Krupp war dagegen sicher homosexuell. Seit Schopenhauer hat *Weininger* zum ersten Male als Philosoph sich an die Lösung der Frage der H. gemacht, aber manches schief vorgebracht. Verf. beklagt endlich, daß die meisten Richter immer noch für die H. kein Verständnis haben.

Hirschfeld gibt zum Schlusse einen Jahresbericht 1903-1904, worin über die vielfach segensreiche Tätigkeit des wissenschaftlich-humanitären Komitees berichtet wird, sowie über Prozesse, Selbstmorde, Gesetzesentwürfe etc., Uranier betreffend. Sehr interessant insbesondere ist die Darlegung des Prozesses, den *Hirschfeld* wegen seiner Enquête bez. der homosexuellen Veranlagung bei den Charlottenburger Studenten auf den Hals bekam. Er wurde zwar formell verurteilt, aber de facto ging er doch als Sieger hervor und fast ohne Ausnahme haben die meisten ersten Blätter in diesem Prozesse auf seiner Seite gestanden.

Näcke.

Kleinere Mitteilungen.

Fürsorge für Geisteskranke in Preußen. — Im Interesse einer gesicherten Fürsorge für Geisteskranke sind vom Minister des Innern die Polizeibehörden angewiesen worden, daß sie in Fällen, in denen ihnen ein hilfsbedürftiger gemeingefährlicher Geisteskranker zugeführt oder ermittelt wird, den vorläufig verpflichteten Ortsarmenverband zur schleunigen Unterbringung des Kranken in eine geeignete Anstalt aufzufordern haben. Diese Aufforderung ist nicht lediglich mit sicherheitspolizeilichen Maßnahmen zu begründen, sondern es ist dabei vor allen Dingen zu betonen, daß die Notwendigkeit der Unterbringung des Kranken in eine Anstalt wegen seiner Anstaltspflegebedürftigkeit auch in seinem eigenen Interesse und wegen seiner Hilfsbedürftigkeit zu erfolgen habe. („Die Post“ 1904 No. 389.)

Ministerialerlaß vom 25. Juni 1904, betr. statistische Sendungen der Heilanstalten an die Kreisärzte. — Das kgl. statistische Bureau wird den Heilanstalten Briefumschläge mit Abdruck des verkl. Siegels und dem Portoablösungsvermerk zugehen lassen. Mit diesem Umschlag versehen, dürfen fortan die statist. Sendungen portofrei geschickt werden. (Ärztli. Sachverst.-Ztg. 1904 No. 16.)

Zur Auslegung des § 81 St.P.O. Irrenanstaltsbeobachtung bei Strafprozessen. (Aus dem Landgericht Karlsruhe.) — Eine Privatbeklagte hatte sich vor dem Schöffengericht wegen Beleidigung zu verantworten. Die Verhandlung endete vorläufig damit, daß der Gerichtshof beschloß, die Angeklagte solle zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in die Universitäts-Irrenklinik eingewiesen werden.

Gegen diesen Beschluß erhob der Privatkläger Beschwerde, indem er behauptete, gemäß § 81 der Strafprozeßordnung könne ein solcher Beschluß nur auf Antrag eines ärztlichen Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers gefaßt werden. Das Landgericht Karlsruhe hatte nun zu beraten.

ob die Beschwerde für begründet zu erachten sei oder nicht. Der Gerichtshof hat sich in bejahendem Sinne geäußert. Allerdings liegt im vorliegenden Falle ein Antrag eines Sachverständigen auf Prüfung des Geisteszustandes der Angeklagten vor, indessen ist dieser Antrag bereits vor Eröffnung des Hauptverfahrens seitens des Oberarztes einer Heil- und Pflgeanstalt gestellt worden, dem indessen das Schöffengericht damals nicht gefolgt war. Der nunmehr in der Hauptverhandlung verkündete und von dem Privatk Kläger angefochtene Beschluß stützt sich nun aber auf diesen Antrag der ärztlichen Sachverständigen, ohne daß jedoch der erwähnte Oberarzt in der Hauptverhandlung gehört oder auch nur dessen früherer schriftlicher Antrag verlesen oder sonst zum Gegenstand der Verhandlung gemacht worden wäre. Ein derartiges Verfahren kann aber nicht als zulässig erklärt werden. Das Schöffengericht konnte ohne neuen, im Laufe des Hauptverfahrens gestellten Antrag oder ohne Wiederholung des früheren Antrages eines Sachverständigen die Maßregel des § 81 der Strafprozeßordnung nicht anordnen. — Mit Bezug auf einen solchen Antrag hätte dann auch der Verteidiger nochmals gehört werden müssen, wobei zu beachten ist, daß die mündliche Anhörung jedenfalls dann angezeigt erscheint, wenn der Beschluß in der Hauptverhandlung ergeht. Der in der Hauptverhandlung gehörte Sachverständige hat einen Antrag gemäß § 81 der Strafprozeßordnung nicht gestellt, und seine zum Sitzungsprotokoll festgestellten gutachtlichen Erklärungen lassen nicht bestimmt erkennen, ob zur Ermöglichung einer Beurteilung des Geisteszustandes der Angeklagten gerade die Beobachtung in einer Irrenanstalt notwendig erscheint, oder ob nicht vielmehr auf Grund sonstiger längerer Untersuchung und Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt ein ausreichendes Material zur Beurteilung gewonnen werden könnte.

Aber auch noch aus einem anderen Grunde muß die Beschwerde berechtigt erscheinen. Im § 81 der Strafprozeßordnung wird nämlich ausdrücklich nur von dem „Angeschuldigten“ gesprochen, d. h. die Maßnahme, von welcher der erwähnte Paragraph handelt, kann nur bei einem Beschuldigten in Anwendung gebracht werden, gegen den die öffentliche Klage erhoben worden ist, nicht — wie im vorliegenden Falle — nur die Privatklage. Wenn die in dem Gebrauch des Wortes „Angeschuldigter“ liegende Abgrenzung auch in erster Linie eine zeitliche ist — nämlich des Ermittlungsverfahrens gegenüber dem Stadium nach Erhebung der öffentlichen Klage —, so muß nach den Erklärungen der beachtenswertesten Kommentatoren angenommen werden, daß die Worte „öffentliche Klage“ auch im Gegensatze zur „Privatklage“ gemeint sind. Im Privatklageverfahren darf daher die Anordnung nach § 81, zumal es sich hierbei regelmäßig um Straftaten von untergeordneter Bedeutung handelt, bei denen die Staatsanwaltschaft ein öffentliches Interesse nicht für vorhanden erachtet hat, und für welche geringe, in keinem Verhältnis zur Schwere der Maßregel des § 81 der Strafprozeßordnung stehende Strafen zu erwarten sind. — Außerdem unterliegt das Privatklageverfahren mit wenigen Einschränkungen der Einwirkung des Privatk Klägers. Daß an

solche Fälle bei Einfügung des § 81 der Strafprozeßordnung nicht gedacht wurde, ist zweifellos; denn bei den Verhandlungen über diesen Paragraphen wurde wiederholt erklärt, daß die darin getroffene Maßregel bei geringfügigen Delikten weit über den Untersuchungszweck hinausgehe und deshalb nicht zur Anwendung kommen dürfe. Auch stehen die meisten Strafrechtslehren auf dem Standpunkt, daß von den Bestimmungen des § 81 nur in wichtigen Fällen Gebrauch zu machen sei, und daß sie daher in schöffengerichtlichen Sachen — obwohl prinzipiell nicht ausgeschlossen — nicht leicht für angemessen zu erachten seien.

Aus allen diesen Gründen war daher der Beschwerde Folge zu geben. (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1904 No. 19.)

Die Geisteskranken in den preußischen Irrenanstalten. — Seit 1875 wird die Irrenstatistik in den preußischen Irrenheil- und Pflegeanstalten mittels Zählkarten erhoben. Während dem Königl. Statistischen Bureau nun im genannten Jahre Nachrichten aus 118 Anstalten zuzingen, war deren Anzahl 1902 auf 256 gestiegen. Entsprechend der Steigerung der Zahl der Anstalten hat seitdem auch die ihrer Insassen erheblich zugenommen. Während im ersten Jahre 18761 Fälle von Geisteskrankheit in den Irrenanstalten zur Behandlung gelangten, waren es 1902 deren bereits 85610. Die Zahl der geisteskranken Personen ist indes nicht gleich derjenigen der Fälle. Es ist dies bedingt durch den innerhalb eines Jahres vorkommenden häufigen Anstaltswechsel der Geisteskranken. Im Jahre 1875 waren es vom Hundert 7,84 männliche und 8,87 weibliche Irre, welche bereits in anderen Anstalten gewesen; im Berichtsjahre stieg die Verhältniszahl auf 22,22 bezw. 22,44. Demnach belief sich die Anzahl der Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens 1902 auf 79522 (43482 männliche und 36040 weibliche), während 1875 nur 18267 (9856 männliche und 8411 weibliche) solcher Kranken in den Irrenanstalten gezählt wurden. Der Zugang allein stieg von 5479 im Jahre 1875 auf 21197 Personen im Berichtsjahre. Die Verteilung nach dem Geschlechte weist 1902 unter 100 Geisteskranken 59 Männer und 41 Frauen auf; 1875 waren dies bei gleicher Berechnung 58 bezw. 42. Nach den Krankheitsformen litten im Jahre 1902 an einfacher Seelenstörung 51,49% Männer und 72,43% Frauen, an paralytischer Seelenstörung 14,58% Männer und 6,16% Frauen, an Seelenstörung mit Epilepsie 10,97% Männer und 8,38% Frauen, an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 10,32% Männer und 10,35% Frauen, an Säuerwahnsinn 9,51% Männer und 1,05% Frauen. (Berl. Neueste Nachr. 1904 No. 407.)

Aus Göttingen. — Im Anschluß an die Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten unter Leitung von Prof. Cramer ist eine stationäre königl. Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten am 1. Juli eröffnet worden.

Aus Bonn. — Am 30. September cr. hat unser verehrter Mitarbeiter und Mitherausgeber dieser Zeitschrift, Herr Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. C. *Pelman*, die Leitung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und der Psychiatrischen Klinik in Bonn niedergelegt, um sich von jetzt ab nur noch seiner akademischen Tätigkeit zu widmen.

Pelman begann seine irrenärztliche Laufbahn 1860 in Siegburg unter *Fr. Hoffmann*. Ein Jahr war er dann in Görlitz bei *Reiner*, machte den dänischen Feldzug als Arzt mit und kehrte wieder nach Siegburg zurück, wo er unter *W. Nasse* zweiter Arzt war. 1871—1876 leitete er dann die Irrenanstalt für den Unter-Elsaß zu Stephansfeld, 1876—1889 die rheinische Provinzial-Heil und Pflegeanstalt in Grafenberg bei Düsseldorf und seit 1889 die Bonner Anstalt. Seine Lehrtätigkeit in Bonn begann er im Wintersemester 1889/90. — Nach einer 44jährigen Anstaltstätigkeit ist der Wunsch nach Entlastung und Ruhe wohl begreiflich, auch wenn man, wie *Pelman*, körperlich und geistig noch völlig rüstig ist. An Versuchen, ihn zu weiterem Ausharren auf seinem Posten zu bewegen, hat es nicht gefehlt. Der Entschluß war die Frucht reiflicher Überlegung. Am 30. September cr. verließ *Pelman* die Stätte seiner letzten Tätigkeit nach kurzer Verabschiedung durch den Landeshauptmann der Rheinprovinz, Herrn Dr. *Renvers*, der dem Scheidenden im Allerhöchsten Auftrage einen hohen Orden überreichte.

Die eigentliche Abschiedsfeier fand am 22. Oktober cr. statt. Mittags versammelten sich die Ärzte und Beamten der Anstalt, denen sich eine Reihe seiner früheren Anstaltsärzte angeschlossen hatte, im Hörsaal der Klinik, wo der Herr Landeshauptmann nochmal in feierlicher Weise dem Scheidenden den Dank der Provinzialverwaltung für die langjährigen Dienste aussprach mit der Bitte, auch weiterhin der Provinz seinen geschätzten Rat nicht vorenthalten zu wollen. Oberarzt Dr. *Brie*-Grafenberg überreichte sodann im Namen der früheren und jetzigen Ärzte als Dank und zum Andenken ein vom Bildhauer Gustav Ruts-Düsseldorf lebensstreu geschaffenes Bild des Scheidenden in Form einer Plakette. Eine zweite Plakette in Bronze soll in der Anstalt aufstellung finden. Die Beteiligung an dem darauf folgenden Festmahl in Bonn zeigte so recht die allgemeine Beliebtheit, der sich *Pelman* erfreut. Der Abend vereinigte wieder Gäste und Kranke in den geschmückten Festräumen der Anstalt zu Spiel und Tanz, doch fehlte die sonst gewohnte Fröhlichkeit. Die Abschiedsstunde sah manches Auge feucht. Allen von Herzen kam der Wunsch, daß der Scheidende noch viele Jahre in seinem selbstgeschaffenen schönen Bonner Heim die wohlverdiente Ruhe genießen könne. Daß beim Hinblick auf dies ereignisreiche und tätige Leben bei vielen seiner Freunde der Wunsch sich regt, daß *Pelman* Muße und Zeit benutzen möge, das eine oder andere seiner wechselreichen Erlebnisse der Nachwelt zu überliefern, soll schließlich nicht verhehlt werden!

U.

Aus Wien. — Der Verein für Psychiatrie und Neurologie zu Wien hat beschlossen, eine in der Universität zu errichtende *v. Krafft-Ebing*-Plakette zu bewerkstelligen und fordert die Mitglieder des Vereins zu Beiträgen auf.

Die Behandlung des Kretinismus. — In der am 26. Juli d. J. erschienenen Nummer der „Wiener klinischen Wochenschrift“ veröffentlicht der Vorstand der psychiatrischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus, Professor *Wagner v. Jauregg*, einen interessanten Artikel über die Behandlung des Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Der Artikel, der einem vom Professor *Wagner* dem Ministerium des Innern unterbreiteten Berichte entnommen ist, enthält in den einleitenden Zeilen einen Antrag des Professors *Wagner*, den der Oberste Sanitätsrat einstimmig angenommen hat. Dieser Antrag geht dahin, es seien von Amts wegen Versuche zur Behandlung des endemischen Kretinismus durch Verabreichung von Schilddrüsen anzustellen. Bis zur offiziellen Ausführung der Versuche benützte jedoch der Professor eine sich ihm anbietende Gelegenheit, zunächst selbständig die Versuche zu beginnen. Er schreibt:

„Von dem Antrag, den ich im Obersten Sanitätsrate gestellt habe, hatten einige Zeitungen, unter anderem auch in Steiermark, Notiz genommen. Auf diese Weise bekam davon Kenntnis ein in Judenburg ansässiger Uhrmacher, der selbst einige kretinöse Kinder hatte. Dieser Mann, ein gebürtiger Sachse, schrieb an mich, ob ich nicht glaube, daß sich seine Kinder zu einer solchen Behandlung eignen würden. Ich fuhr am 8. Dezember 1900 nach Judenburg, fand drei Kinder des Uhrmachers als zur Behandlung geeignet und versah sie zunächst aus eigenen Mitteln mit Schilddrüsentabletten. Gleichzeitig forderte ich den Uhrmacher auf, Umfrage zu halten nach anderen kindlichen Kretins, deren Eltern bereit wären, dieselben einer Behandlung unterziehen zu lassen. In Verfolgung dieser Aktion bin ich seither wiederholt nach Judenburg gefahren und habe bei diesen Gelegenheiten nicht nur die Erfolge bei den bereits in Behandlung befindlichen Kretins kontrolliert, sondern auch immer wieder neue Kretins in Behandlung genommen. Nachdem ich mich so an einer kleineren Anzahl von Kretins überzeugt hatte, daß mit der Behandlungsmethode günstige Erfolge erzielt werden, wenn auch über das definitive Resultat vorläufig nicht abgeurteilt werden konnte, beschloß ich, die Versuche in ausgedehnterem Maße fortzusetzen.“

Im weiteren Verlaufe der Versuche, zu denen er die Tabletten aus der Medikamentenregie des Allgemeinen Krankenhauses kostenlos erhielt, kam Professor *v. Wagner* im Jahre 1902 in die Ortschaften Fohnsdorf, Zeltweg, Weißenkirchen und Knittelfeld, alle in der Umgebung von Judenburg. Im Jahre 1903 standen in den genannten vier Ortschaften 72 Kretins in der Behandlung des Professors *v. Wagner*. Über die Erfolge äußert er:

„So wie eines der auffälligsten und bezeichnendsten Symptome des Kretinismus die Hemmung des Längenwachstums ist, so ist eine der auffälligsten Erscheinungen, welche im Laufe der Behandlung eintreten, eine Steigerung des Längenwachstums. Diese Steigerung des Längenwachstums ist schon nach drei Monaten deutlich zu konstatieren; sie ist auch meistens im Beginn der Behandlung am größten; das Wachstum setzt anfangs mit einem Ruck ein, um später in gemäßigterem, aber gegenüber der Zeit vor der Behandlung noch immer beschleunigtem Tempo fortzufahren. Von besonderem Interesse ist ein Fall, weil er ein 23jähriges Individuum betrifft, also ein Individuum in einem Alter, in dem normalerweise kein nennenswertes Wachstum mehr stattfindet; ein Individuum ferner, das offenbar seit vielen Jahren nicht mehr gewachsen ist; es ist nämlich 30¹/₂ cm hinter dem seinem Alter entsprechenden Wachstum zurückgeblieben. Trotzdem wuchs dieser Bursche in 30 Monaten um 11¹/₂ cm und ist sein Wachstum noch keineswegs abgeschlossen.“

Merkwürdigerweise waren die Behandlungserfolge nicht an allen Orten gleich günstig, trotzdem die Behandlungsmethode überall dieselbe war. Die Ursache dieser Erscheinung konnte mit Sicherheit noch nicht festgestellt werden.

Hand in Hand mit der Wachstumssteigerung geht bei der Schilddrüsenbehandlung der Kretins eine Abmagerung. Diese Abmagerung erfolgt sichtlich dadurch, daß jene Schwellungen der Haut, welche dem Kretin eigen sind und zum großen Teile das Charakteristische seines Habitus mit bedingen helfen, unter der Behandlung verschwinden. Während aber die Kinder vorher gedunsen und fett waren, dabei aber häufig nur sehr mangelhaft Nahrung zu sich nahmen, magern sie jetzt zwar ab, sie bekommen aber einen oft sehr beträchtlich gesteigerten Appetit.

Ausnahmslos hat ferner die Behandlung eine Besserung der geistigen Regsamkeit zur Folge. Die Kinder werden sehr bald lebhaft und beweglich; sie sitzen nicht mehr teilnahmslos herum, sondern sie sind den ganzen Tag auf den Beinen und in Bewegung. Während sie häufig früher furchtsam im Gehen waren, fangen sie jetzt zu laufen an; sie steigen überall hinauf; sie fangen zu spielen an und mischen sich in die Spiele der anderen Kinder. Sie zeigen viel mehr Interesse für die Außenwelt, werden neugierig; der Nachahmungstrieb erwacht; sie fangen an, sich spontan an Arbeiten und Beschäftigungen zu beteiligen. Diejenigen unter ihnen, die überhaupt sprachfähig sind, werden gesprächig, fangen zu singen an.

In vielen Fällen konnte auch eine unverkennbare Besserung des Gehör- und Sprachvermögens wahrgenommen werden. „Unter den Erfolgen, welche während der Schilddrüsenbehandlung beobachtet werden, verdient nicht an letzter Stelle hervorgehoben zu werden das Schwinden der Kröpfe. Jene unter den behandelten Kretins, welche überhaupt Kröpfe hatten, zeigten ausnahmslos schon nach drei Monaten eine deutliche Abnahme, wenn nicht gar ein Verschwinden der Kröpfe, und nach längerer Behandlung war ausnahms-

los vom Kropf nichts mehr zu sehen. Wenn auf diese Weise eine kropfig entartete Schilddrüse in eine normal funktionierende umgewandelt werden kann, so eröffnet das besonders erfreuliche Aussichten für die Behandlung der Kretins.“ Es ist bekannt, daß der Kretinismus durch das Fehlen oder durch die Entartung der Schilddrüse bedingt wird.

Mit Rücksicht darauf, daß auch von anderen Forschern, wie Dr. *Magnus-Lery* in Berlin und Dozent *Weygandt* in Würzburg, bei Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsentabletten ähnlich gute Resultate erzielt worden sind, ist es wohl anzunehmen, daß es der medizinischen Wissenschaft gelingen wird, diese Unglücklichen von ihrem bitteren Lose zu befreien.

Die Geisteskrankheiten im Kriege. — Darüber hat der Chefarzt des Provinzialkrankenhauses in der südrussischen Stadt Orel Dr. *Jacoby* einen beherzigenswerten Aufsatz veröffentlicht. Er befürwortet darin die Notwendigkeit einer besonderen psychiatrischen Fürsorge für eine im Felde stehende Armee.

Die Entbehrungen und Ermüdungen durch die Obliegenheiten des Dienstes, die unablässige Anspannung der Nerven infolge des Bewußtseins einer dauernden Gefahr, die häufigen großen Erregungen, der Alkoholismus und dazu noch die eigentlichen Verletzungen des Nervensystems durch Geschosse — all das führt zu einer Steigerung der Neigung zu Geisteskrankheiten, von deren Umfang man sich schwer einen Begriff machen kann. Dr. *Jacoby* sah sich schon im deutsch-französischen Krieg überrascht durch die große Häufigkeit geistiger Störungen, die zu seiner Beobachtung gelangten. Nachfragen bei russischen Militärärzten, die den Krieg mit der Türkei 1877/78 mitgemacht hatten, ergaben, daß damals gleichfalls eine große Zahl akuter Geisteskrankheiten unter den Truppen vorkam. Auch in dem Feldzug gegen China 1900 waren derartige Erkrankungen unter den russischen Soldaten sehr gewöhnlich, und Dr. *Jacoby* erwähnt es als eine Tatsache, daß russische Soldaten, die den Verstand verloren hatten, erschossen wurden, damit sie nicht in die Hände der grausamen Feinde fielen.

Auch im jetzigen ostasiatischen Kriege sind bereits viele Fälle von Delirium beobachtet worden, uamentlich in der Garnison von Port Arthur. An Bord der „Manchuria“ wurden bei ihrer Eroberung durch die Japaner 14 geistesranke Soldaten vorgefunden, die nach Rußland zurückgesandt wurden. Man versuche nun, sagt Dr. *Jacoby*, sich eine Vorstellung von dem Zustand dieser unglücklichen Menschen zu machen, die sechs Wochen auf einer Seereise in irgend einem Loch des Schiffes zugebracht hatten. In europäischen Kriegen hat sich das Bedürfnis nach einer besonderen Fürsorge für geistesranke Soldaten nicht so bemerkbar gemacht, weil immer in verhältnismäßig geringen Entfernungen geeignete Anstalten erreichbar waren. Auf dem fernen Kriegsschauplatz in Ostasien aber, der selbst auf dem

Schienenweg nur langsam und mühsam zu erreichen ist, wo leicht Nahrungsmangel eintritt und wo außerdem noch ein bösartiges Klima die Schwierigkeiten erhöht, muß das Los der Soldaten, die aus diesem oder jenem Grunde geisteskrank werden, ein wahrhaft furchtbares sein. In der Mandschurei gibt es selbstverständlich keine Irrenhäuser oder Anstalten irgendwie ähnlicher Art, und die betreffenden Abteilungen in den Provinzialkrankenhäusern Sibiriens sind erstens bis auf den letzten Platz besetzt und zweitens in einer entsetzlichen Verfassung. Wenn man die an nervösen Störungen oder Geisteskrankheiten leidenden Soldaten zu Kriegszeiten 10000 Kilometer weit auf der mit militärischen Transporten überlasteten Eisenbahn nach Rußland befördern wollte, so würde man sie dadurch allein jeder Hoffnung auf Heilung berauben.

Die Mittel, mit denen die moderne Kriegführung arbeitet, hat die Überspannung des Nervensystems der Soldaten noch wesentlich gesteigert. Dr. *Jacoby* vergleicht die Sprengung von Panzerschiffen durch Torpedos und Minen mit Erderschütterungen und vulkanischen Ausbrüchen, die auch, wie durch viele Erfahrungen festgestellt worden ist, immer eine große Zahl von Geisteskrankheiten im Gefolge haben. Er hält es für wahrscheinlich, daß die neuen Formen des Krieges auch neue Arten von Geistesstörungen mit sich bringen werden. Die gewöhnlichen Ärzte haben auf dem Kriegsschauplatz schon mehr als genug zu tun, um nach den Verwundeten und anderen Kranken zu sehen, und sie würden eine schwere Verantwortung auf sich laden, wenn sie Geisteskranke in die gewöhnlichen Lazarette aufnehmen wollten, weil diese Leiden bekanntlich in hohem Maße beunruhigend wirken. Als einziges Mittel empfiehlt Dr. *Jacoby* die Entsendung von Spezialärzten, die eine sofortige Behandlung geisteskranker Soldaten unter besonderer Pflege und in getrennten Zellen zu veranlassen hätten, denn nur so würden gute Aussichten für deren Wiederherstellung geschaffen und viele Existenzen gerettet werden. Auch die Verbrechen, die von den Soldaten im Kriege häufig verübt werden, dürften zu großem Teil auf Geistesstörungen zurückzuführen sein, und es erscheint als ein Akt von Grausamkeit, daß solche Taten dann lediglich vom Kriegsgericht abgeurteilt und meist mit dem Tode durch Erschießen bestraft werden, anstatt daß die Geisteskranken unter den Soldaten beizeiten ausgeschaltet und unter geeignete ärztliche Behandlung genommen werden.

Im Großherzogtum Hessen — ist ein Verein für Kriminalpsychologie und forensische Psychiatrie begründet, dem Juristen, Mediziner, Verwaltungs-, besonders Polizei- und Strafanstaltsbeamte angehören, um gemeinsam die vielen psychologischen und psychiatrischen Fragen im Rechtsleben, besonders im Strafrecht zu studieren. Erste Sitzung am 5. November d. J. in Gießen. Programm: 1. Besprechung über Zweck der Organisation des Vereins. 2. Prof. *Mittermaier*, Über die Reformfrage auf dem Gebiete des

Strafprozesses. 3. Bericht des Prof. *Sommer* über die Forschungen über die Psychologie der Aussage. (Ärztl. Sachv.-Ztg. 1904 No. 21.)

Personal-Nachrichten.

- Dr. *Rud. Kölle*, Med.-Rat, Dir. der Privatheilanstalt Pfullingen in Württemberg ist zum Referenten des Irrenwesens in Württemberg berufen worden und Dr. *Otto Kurz* übernimmt die Direktion der Privatheilanstalt Pfullingen.
- Dr. *Al. Westphal*, Prof. ao. und Dir. der psych. Klinik an der Univ. Greifswald, ist zum Prof. o. und Dir. der psych. Klinik in Bonn,
- Dr. *Ernst Schultze*, Privatdoz. und Prof. an der Univ. Bonn zum Prof. und Dir. der psych. Klinik in Greifswald berufen worden.
- Dr. *Max Fischer*, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau ist zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch erwählt worden.
- Dr. *Cl. Neisser*, Direktor der Privatheil- und Pflegeanstalt Lublinitz in Schlesien wird Direktor zu Bunzlau an Stelle des ausscheidenden Dr. *Stöver*,
- Dr. *Otto Klinker*, Oberarzt an der Privatanstalt in Brieg, Direktor der Privatanstalt zu Lublinitz, Schlesien.
- Dr. *Eug. Gaupp*, Privatdoz. in Heidelberg ist zum Assistenten an der Psych. Klinik in München berufen.
- Dr. *Ant. Hockauf*, ord. Arzt der Irrenanstalt Kiesling-Gugging ist zum Primararzt derselben Anstalt ernannt.
- Dr. *Ulr. Scheven*, Privatdozent an der Univ. Rostock und zweiter Arzt der Landesheilanstalt Gehlsheim bei Rostock hat den Charakter als Prof. erhalten.
- Dr. *Karl Haardt*, Med.-Rat und Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen, ist zum Geheimen Medizinalrat ernannt worden.
- Dr. *Leop. Oster* und Dr. *Arthur Barbo*, Oberärzte an der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim, haben den Charakter als Mediz.-Rat erhalten.
- Dr. *Wilh. Pelman*, Geh. Med.-Rat, Prof. o. und Dir. der psych. Klinik an der Univ. Bonn hat den Kgl. Kronenorden 3. Kl. erhalten.
- Dr. *Otto Feldbausch*, Med.-Rat, und Dr. *Wilh. Nadler* an der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen haben daß Ritterkreuz 1. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen.
- Dr. *Ad. Seeligmüller*, Prof. der Univ. Halle, hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.
- Dr. *Carl Ideler*, Geh. San.-Rat und fr. Direktor der städtischen Irrenanstalt Dalldorf bei Berlin, ist in Wiesbaden nach langen Leiden am 27. Sept.
- Dr. *Fr. Seebohn*, Geh. San.-Rat und Direktor der Privatheilanstalt Könighof bei Münden, gestorben.
-

Verzeichnis der Mitarbeiter.

Redaktion der Allgemeinen Zeitschrift.

- Dr. Hub. von Grashey, Prof., Ober-Med.-Rat, Ref. im Kgl. Ministerium des Innern zu München.
- Dr. K. Pelman, Geh. M.-R., Prof. der Psych. und Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Bonn.
- Dr. H. Schüle, Geh. Rat u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.
- Dr. Heinr. Laehr, Geh. San.-Rat und Professor, Berlin W.-Zehlendorf.

Redaktion des Literaturberichtes.

- Dr. F. Schuchardt, Ober-Med.-Rat, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Irrenanst. Gehlsdorf bei Rostock.
- Dr. Otto Albrecht, Assist. d. psych. Klinik zu Graz.

Herausgeber und Mitarbeiter.

- Herr Dr. W. Alter, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Leubus (Schles.).
- „ „ W. Alter, Assist. d. Prov.-Anst. zu Leubus.
- „ „ Alzheimer, fr. 2. Arzt der Irrenanst. zu Frankfurt a. M., jetzt in Heidelberg.
- „ „ H. van Andel, Generalinspektor der Niederländischen Irren- und Irrenanstalten in Leiden, Holland.
- „ „ G. Aschaffenburg, Prof. und leitender Arzt a. d. Beob.-Anst. für geisteskranken Verbrecher.
- „ „ Jul. Bartels, San.-Rat und Nervenarzt zu Hameln.
- „ „ L. Ascher zu Berlin.
- „ „ Osw. Berkhan, San.-Rat in Braunschweig.
- „ „ J. Bernhart, Arzt der Irrenabt. des Krankenhauses zu Frankenthal.
- „ „ Ad. Bernstein, Ordinator und Privatdoz. an der Moskauer psych. Klinik.
- „ „ H. Bertschinger, Sekundärarzt der Pflegeanstalt Rheinau, K. Zürich.

- Herr Dr. Bikeles, Assist. d. psych. Klinik zu Wien.
- „ „ Ernst Beyer, Dir. d. Priv.-Heilanstalt zu Gut Waldhof, Littenweiler bei Freiburg i. B.
- „ „ O. Binswanger, Geh. Med.-Rat, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Jena.
- „ „ Ernst Bischoff in Wien.
- „ „ E. Bleuler, Prof. u. Dir. d. Irrenanst. zu Burghölzli, Kanton Zürich.
- „ „ Aug. Bolte, A. von Jürgenasyl in Bremen.
- „ „ Boncoroni, Privatdoz. a. d. Universität zu Pavia.
- „ „ Adolf Bothe, Dir. d. Prov.-Irrenanst. Eichberg, Nassau.
- „ „ H. Brackmann, Oberarzt der Heilanst. Kolditz.
- „ „ Bratz, Oberarzt der st. Anst. f. Epileptische zu Wuhlgarten.
- „ „ J. van Brero, Arzt der Staatsirrenanst. zu Buitenzorg (Java).
- „ „ J. Bresler, dir. Arzt des deutschen Samariter-Ordensstifts zu Kraschnitz in Schlesien.
- „ „ M. Brosius, Dir. d. Kuranst. zu Sayn bei Koblenz.
- „ „ A. Brückner, Geh. San.-Rat u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Kreuzburg (Schlesien).
- „ „ A. Bruns, Prof., Arzt für Nervenkranken u. Oberarzt d. innern Abt. der Kinder-Heilanstalt zu Hannover.
- „ „ L. Buchholz, Prof. und Oberarzt der Irrenanst. Friedrichsberg bei Hamburg.
- „ „ Th. Buder, Assist. d. Kön. Heilanst. zu Zwiefalten.
- „ „ Gst. Burekhardt, emer. Dir. d. Irrenanstalt Préfargier (Schweiz).
- „ „ Ge. Burgl, Landger.-Arzt in Nürnberg.
- „ „ A. Cramer, Prof. o., Dir. d. psych. Klinik u. d. Prov.-Irrenanst. zu Göttingen.
- „ „ Th. Dedichen, Dir. der Privatheilst. Ostre-Aker bei Christiania.
- „ „ O. Dees, Direktor d. Kreis-Irrenanst. zu Gabersee.
- „ „ W. Deiters, Assist. d. Prov.-Irrenanst. zu Andernach.
- „ „ Max Dessoir, Prof. in Berlin.
- „ „ Chr. Dieckhoff in Konstanz.
- „ „ K. Dittmar, San.-Rat und Dir. der Bez.-Irrenanst. zu Saargemünd. Lothr.
- „ „ Jul. Donath, Privatdoz. a. d. Univers. zu Budapest.
- „ „ C. Dornblüth, Nervenarzt in Frankfurt a. M.
- „ „ L. Eninger, Prof. in Frankfurt a. M.
- „ „ Ge. Eisach, Assist. d. Landesirrenanst. Hall, Tirol.
- „ „ H. Engelken, Dir. d. Priv.-Heilanst. Rockwinkel (Bremen).
- „ „ M. J. van Erb Taalman Kip, 2. Arzt der Irrenanst. zu Dordrecht.
- „ „ W. Falkenberg, Oberarzt an der städt. Heilanst. zu Wuhlgarten bei Berlin.
- „ „ A. Fauser, Oberarzt des Bürgerhospitals in Stuttgart.
- „ „ Ph. Felgner, Ob. Med.-R. u. Dir. der Irrenanstalt zu Colditz.

Herr Dr. Fr. Fischer, Med.-R. u. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim (Baden).

- „ Jak. Fischer, Primararzt d. psych. Abteilung d. kön. ung. Landes-
spitals zu Preßburg.
- „ Max Fischer, Dir. d. Heilanst. bei Wisloch.
- „ Gust. Flüge, Oberarzt d. Prov.-Anst. Grafenberg.
- „ Aug. Focke, prakt. Arzt in Koblenz.
- „ Aug. Forel, fr. Prof. u. Dir. der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich,
jetzt zu Chigny bei Morges, Kanton Waadt.
- „ Walter Fuchs, Arzt a. d. Heilanst. Emmendingen.
- „ K. Fürstner, Hofrat, Prof. u. Dir. der psych. Klinik an der Universität
Straßburg.
- „ R. Ganter, Assist. der Bezirks-Irrenanstalt zu Hoerd.
- „ Fr. Gerlach, Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Königsutter.
- „ Fr. Gerstenberg, San.-Rat und Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu
Hildesheim.
- „ M. Gießler, zu Erfurt.
- „ H. Gock, San.-Rat, Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu Lands-
berg a. W.
- „ M. Goldstein, dir. Arzt der Privatheilanstalt zu Lichterfelde.
- „ A. Gottlob, San.-Rat. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Merzig.
- „ K. Graßmann in München.
- „ B. Greidenberg, dir. Arzt d. Landes-Irrenanst. zu Charkow.
- „ L. Greppin, Dir. d. Kantons-Irrenanst. zu Rosegg.
- „ Groos, Assist. d. psych. Klinik zu Graz.
- „ Ad. Groß, Oberarzt d. Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Alt-Scherbitz“.
- „ Hans Gudden, Privatdoz. u. Dir. der psychiatrischen Poliklinik in
München.
- „ P. Guder, Kreisarzt des Kreises Wittgenstein zu Laasphe.
- „ S. Gutnikow, Assist. d. psych. Klinik in Warschau.
- „ A. Gutsch, Geh. Hofrat in Karlsruhe.
- „ A. Guttstadt, Geh. Med.-R., Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in
Berlin.
- „ Habermaas, San.-R. u. dir. Arzt im Schloß Stetten, Württ.
- „ Hans Haberkant, Assist. a. d. Bezirks-Anstalt zu Hördt.
- „ Eug. Hallervorden, Privatdoz. in Königsberg.
- „ Otto Hebold, Dir. d. städt. Heil- u. Pflegeanstalt für Epileptische,
Wuhlheide bei Berlin.
- „ Ew. Hecker, Dir. d. Kuranst. für Nervenleidende zu Wiesbaden.
- „ Aug. Hegar, Assist. d. Heilanstalt Illenau.
- „ Karl Heilbronner, Prof. u. Oberarzt d. psych. Klinik zu Halle.
- „ Ge. Heimann zu Berlin.
- „ Alf. Hellwig, San.-Rat, Primararzt u. Dir. der Schlesischen Landes-
Irrenanst. zu Troppau.

- Herr Dr. Th. Henneberg, Privatdoz. und Ober.-Assis. der psych. Klinik der Charité in Berlin.
- „ „ Ad. Herfeldt, Dir. d. Kreisirrenanst. zu Anspach.
 - „ „ Joh. Herting, Direktor der Prov.-Heilanst. zu Galkhausen.
 - „ „ Ed. Hess, Oberarzt der Bezirksirrenanst. zu Stephansfeld.
 - „ „ E. Hjertström, Prof. und Oberarzt der Irrenanstalt zu Hernösand (Schweden).
 - „ „ Otto Hösel, Oberarzt d. Landesheilanst. zu Zschadras.
 - „ „ E. Höstermann, San.-Rat und dir. Arzt der Wasserheilanstalt Mariaberg a. Rh.
 - „ „ Aug. Hoffmann, Prof. in Düsseldorf.
 - „ „ Ad. Hoppe, Assis. d. Prov.-Heilanstalt Alt-Scherbitz.
 - „ „ Hugo Hoppe, Arzt zu Königsberg.
 - „ „ Ew. Hougberg, Oberarzt der Heilanstalt Pitkäniemi. Finnland.
 - „ „ G. Ilberg, Oberarzt der Landesheilanstalt Großschweidnitz.
 - „ „ E. Jacobson, Prof. in Kopenhagen.
 - „ „ Dr. Jahrmärker, Privatdoz. und Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Marburg.
 - „ „ M. Jastrowitz, San.-Rat und dir. Arzt an der Priv.-Heilanstalt in Steglitz.
 - „ „ W. Jessen, Geh. Med.-Rat zu Kiel.
 - „ „ J. Jörger, Dir. d. Irrenanst. zu Realta, Kanton Graubünden.
 - „ „ O. Juliusburger, Arzt der Priv.-Heilanstalt „Fichtenhof“ Zehlendorf.
 - „ „ Fr. Kalberla, 1. Assist. der Kgl. Klinik zu Halle.
 - „ „ Th. Kaes, Prosektor der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
 - „ „ Siegf. Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanstalt zu Görlitz.
 - „ „ Otto Kaiser, 2. Arzt d. Privatheilst. Neufriedenheim b. München.
 - „ „ F. Karrer, Med.-Rat und Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
 - „ „ W. Kellner in Hamburg-Eppendorf.
 - „ „ Th. Kirchhoff, Prof., Dir. d. Prov.-Anstalt zu Schleswig.
 - „ „ Otto Klinke, Dir. der Prov.-Anst. zu Lublinitz.
 - „ „ Osk. Kluge, Dir. d. Anst. f. Epil. zu Potsdam.
 - „ „ E. Knecht, San.-R. u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Ückermünde.
 - „ „ Bernh. Knörr, Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Landsberg a. W.
 - „ „ H. Köberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
 - „ „ Ern. Kölpin, Assist. d. psych. Klinik zu Greifswalde.
 - „ „ Koller, Arzt des Asile de Céry bei Lausanne.
 - „ „ W. König, Medizinalrat, Oberarzt d. städt. Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin.
 - „ „ Koeppen, Prof. u. Oberarzt d. Irrenabt. d. Charité in Berlin.
 - „ „ P. Kollmann, Großh. Oldenburg. Regierungsrat. Vorstand des statistischen Bureaus.

Herr Dr. Herm. Kornfeld, Geh. Med.-Rat zu Gleiwitz.

- " " S. Kornfeld, 1. Primararzt der Landesanstalt zu Brunn, Mähren.
- " " P. Kowalewsky, Prof. der Psych. in Charkow.
- " " E. Kraepelin, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu München.
- " " Krainsky, ord. Arzt der psychiatr. Abt. des Gouv.-Hospitals in Charkow.
- " " H. Kreuser, Med.-Rat, Direktor der Landesanstalt zu Winnenthal, Württemberg.
- " " R. Kroemer, Med.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Conradstein in Westp.
- " " Ed. Kundt, Oberarzt der Kreisirrenanst. zu Deggendorf.
- " " Hans Kurella zu Breslau.
- " " Hans Laehr, San.-Rat, Direktor der Priv.-Heilanstalt Schweizerhof, Zehlendorf.
- " " Max Laehr, Prof., Dir. der Nervenheilanstalt „Haus Schönow“, Zehlendorf.
- " " G. Lehmann, Ober-Med.-R. u. Dir. d. städt. Irrenanst. zu Dösen bei Leipzig.
- " " M. Liebe, dir. Arzt an der Anstalt f. Psychisch-Kranke z. Bielefeld.
- " " J. P. Ph. van der Lith, Prof. u. fr. Arzt an der Irrenanstalt zu Utrecht.
- " " J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
- " " G. Ludwig, Geh. Med.-Rat und emer. Direktor der Irrenanstalt zu Heppenheim.
- " " Max Lustig, Dir. d. Heilanst. Edmannshain bei Grimma.
- " " Luther, Assist. d. Prov.-Heilanst. zu Ückermünde.
- " " L. Matusch, Med.-Rat und Direktor der Irrenheilst. Sachsenberg bei Schwerin, Mecklenburg.
- " " P. Mayser, Med.-R. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
- " " Ew. Meltzer, Arzt der Anstalt für schwachs. Knaben in Großenhennersdorf.
- " " E. Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
- " " A. Mercklin, San.-R., Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Treptow a. R.
- " " Fr. Meschede, Prof., Geh. Med.-Rat zu Königsberg i. P.
- " " A. Meyer, Dir. d. Heilanst. für Nervenkr. zu Eitorf (Rheinprovinz).
- " " Ernst Meyer, Prof., Direktor der psych. Klinik zu Königsberg.
- " " J. Möbius, Arzt für Nervenkranken zu Leipzig.
- " " Frz. Moeli, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. d. städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Lichtenberg b. Berlin.
- " " O. Mönkemöller, Oberarzt d. Prov.-Heilanst. Osnabrück.
- " " Luigi Mongeri in Konstantinopel.
- " " Em. Moravcsik, Prof. an d. Univ. zu Budapest.
- " " L. von Muralt, Prof. u. 2. Arzt der Kantonsirrenanst. Burg.
- " " Fr. Mülberger, Dir. d. Sanatoriums f. Nervenkranken zu K.

- Herr Dr. P. Nücke, Med.-Rat u. dir. Arzt a. d. Landesanst. zu Hubertusburg,
Kgr. Sachsen.
- „ „ Cl. Neisser, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Bunzlau, Schlesien.
- „ „ R. Neuendorff, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. zu Bernburg a. S.
- „ „ Georg Neumann in Berlin.
- „ „ Frz. Nissl, Prof. u. o. Dir. d. Irrenklinik in Heidelberg.
- „ „ H. Obersteiner, Prof. o. der Neurologie a. d. Univ. zu Wien u. Dir.
d. Heilanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
- „ „ L. J. Oebeke, Geh. San.-Rat in Bonn und Landes-Psychiater der
Rheinprovinz.
- „ „ H. Ortloff, Landgerichtsrat zu Weimar.
- „ „ N. Ostermayer, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Budapest.
- „ „ R. Otto, Oberarzt der städt. Irrenanst. zu Lichtenberg bei Berlin.
- „ „ A. Paetz, Geh. San.-Rat u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. „Rittergut Alt-
Scherbitz“ bei Schkeuditz, Prov. Sachsen.
- „ „ Fel. Peipers zu Bonn.
- „ „ J. Peretti, San.-Rat u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg bei
Düsseldorf.
- „ „ A. Pfister, Prof. u. Oberarzt d. psych. Klinik zu Freiburg.
- „ „ L. Pfleger, Hausarzt an d. städt. Versorgungsanstalt zu Wien.
- „ „ A. Pick, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik an der Universität Prag.
- „ „ H. Pierson, San.-Rat und Dir. der Priv.-Heilanstalt Lindenhof bei
Dresden.
- „ „ Pringowski zu Lemberg.
- „ „ G. Rabbas, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpr.
- „ „ Jul. Raecke, Oberarzt an der Psych. Klinik in Kiel.
- „ „ Ranschburg, Privatdoz. d. psych. Klinik zu Budapest.
- „ „ Chr. Rasch, Oberarzt d. Priv.-Anst. f. Epileptische zu Bielefeld.
- „ „ Joh. Redlich, 2. Arzt der Irrenanst. Rothenburg bei Riga.
- „ „ P. Rehm, San.-R., Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg i. H.
- „ „ H. Reich, Med.-Rat u. Bez.-Arzt in Freiburg. Baden.
- „ „ M. Reichardt, 1. Assist. d. Psych. Klinik in Würzburg.
- „ „ H. Reimer, Med.-Rat in Stuttgart.
- „ „ A. Richter, San.-R. u. Oberarzt d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei
Berlin.
- „ „ C. Rieger, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik zu Würzburg.
- „ „ Franco de Rocha, Dir. d. Irrenanst. San Paulo, Brasilien.
- „ „ A. Roller, Landgerichtsrat in Waldshut, Baden.
- „ „ Em. Roth, Reg. u. Geh. Med.-Rat in Potsdam.
- „ „ Em. Rüdin, Assist. d. psych. Klinik zu Burghölzli.
- „ „ Th. Saelan, Dir. der Irrenanstalt zu Lappvik bei Helsingfors in
Finnland.
- „ „ J. Salgó, Prof. u. Primararzt d. k. ung. Irrenanst. zu Budapest.
- „ „ Max Sander, dir. Arzt d. Beob. Abt. d. Strafanst. zu Graudenz.

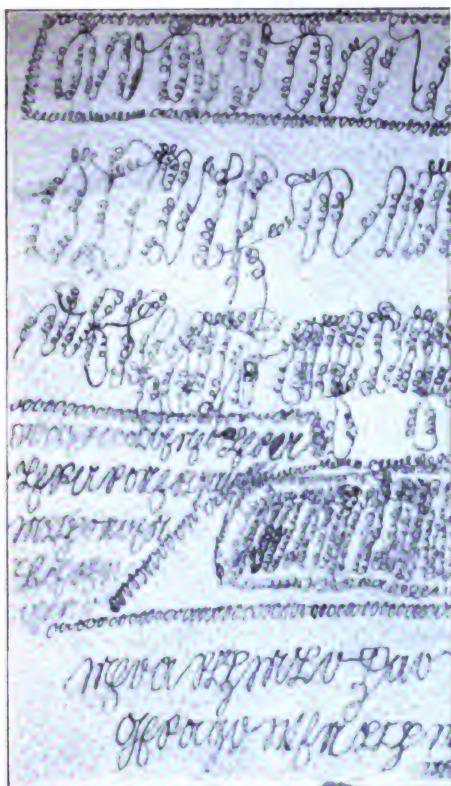
Herr Dr. Ern. Sauerbeck zu Basel.

- „ Fr. Schäfer, San.-Rat und Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Lengerich, Westf.
- „ A. Schaefer, Assist. der städt. Irrenpflegeanst. zu Lichtenberg bei Berlin.
- „ G. Schaefer, Oberarzt d. Staatsirrenanst. Langenhorn bei Hamburg.
- „ H. Schedtler, Dir. d. Landeshospitals zu Merxhausen.
- „ F. Schlangenhäuser, em. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steiermark) zu Villach.
- „ Eug. Schlesinger, pr. Arzt zu Straßburg i. Els.
- „ Karl Schmidt, Assist. d. Prov.-Anst. Altscherbitz.
- „ A. Schmitz, Dir. der Priv.-Heilanstalt für Nervenranke zu Bonn.
- „ Herm. Schneider in Freiburg i. B.
- „ Fr. Scholz, em. Dir. d. allg. Krankenhauses in Bremen.
- „ L. Scholz, dir. Arzt d. Priv.-Pflegeanst. zu Waldbrühl a. Rh.
- „ R. Schroeter, Geh. San.-Rat zu Freiburg i. B.
- „ E. Schultze, Prof. u. Dir. d. Psych. Klinik zu Greifswald.
- „ Fr. W. Schulz, Prof. in Jena.
- „ O. Schwartz, Geh. u. Reg.-Med.-Rat a. D. in Trier.
- „ O. Schwartz, Reg.-Rat u. Dir. der Priv.-Heilanstalt zu Budapest.
- „ L. A. Seeligmüller, Prof. an der Universität zu Halle a. S.
- „ Karl Serger, Dir. d. Irrenanst. zu Alt-Strelitz.
- „ H. Servaes, San.-R., dir. Arzt d. Privatanst. Marienbad bei Goslar.
- „ Fr. Siemens, Geh. Med.-Rat u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. Lauenburg in Pommern.
- „ Geza Sipoëz, Assist. d. psych. Klinik zu Budapest.
- „ Em. Sioli, Dir. d. städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- „ Franz Sklarek, Assist. d. städt. Heilanst. zu Dalldorf.
- „ O. Snell, Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lüneburg, Prov. Hannover.
- „ R. Sommer, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Gießen.
- „ W. Sorbski, Privatdozent a. d. Univ. zu Moskau.
- „ Joh. Stakemann, dir. Arzt des Asyls für Epil. zu Rotenburg, Hannover.
- „ W. Stark, Bezirksarzt in Staufen.
- „ C. Strenger in Würzburg.
- „ H. Sterz, Dir. der Landes-Irrenanst. zu Sternberg, Mähren.
- „ Wilh. Strohmayer, Nervenarzt zu Jena.
- „ Ernst Thoma, Assist. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau.
- „ Rob. Thomsen, Prof. u. Dir. d. Privatheilanst. zu Bonn.
- „ W. Tigges, Geh. Med.-Rat zu Düsseldorf.
- „ Th. Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
- „ Ad. Tilkowsky, Med.-R., Dir. der nieder-österreich. Landesirrenanst. zu Wien.
- „ Toppel, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. Johannisberg bei Kaiserswerth.

- Herr Dr. H. Ulrich, Med.-R. u. Dir. d. Kreisirrenanstalt zu Kaufbeuren.
- " " J. Mourly Vold, Prof. a. d. Univ. zu Christiania.
- " " Fr. Vocke, Dir. der Kreisirrenanstalt zu München.
- " " Waldschmidt zur Charlottenburg-Westend.
- " " R. Walter, Dir. der Priv.-Heilanst. zu Lissa, Schlesien.
- " " O. Wattenberg, dir. Arzt der st. Irrenanst. zu Lübeck.
- " " G. Weber, Ob.-Med.-Rat u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein bei Pirm.
- " " Wilh. Weber, Privatdozent u. Oberarzt d. Prov.-Anst. zu Göttingen.
- " " K. Wernicke, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Halle.
- " " C. Werner, Dir. d. Prov.-Heilanstalt zu Owinsk.
- " " W. Weygandt, Privat.-Doz. in Würzburg.
- " " H. Wildermuth, San.-R., dir. Arzt der Nervenheilanst. zu Stuttgart.
- " " L. Wille, Prof., fr. Dir. der Irrenanst. und Dir. der psych. Klinik zu Basel.
- " " Fr. Witte, Assist. der psych. Klinik zu Freiburg i. B.
- " " W. Willerding zu Grohnde a. d. Weser.
- " " Gust. Wolf, Prof., Dir. der Psych. Klinik zu Basel.
- " " Arth. Wreschner in Zürich.
- " " Th. Zacher, dir. Arzt an d. Priv.-Heilanst. zu Ahrweiler Rheinpr.
- " " Zahn, Nervenarzt in Stuttgart.
- " " W. Zenker, Geh. San.-R. u. Dir. der Privatheilanstalt Bergquell bei Stettin.
- " " Th. Ziehen, Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Berlin.
- " " C. Zinn, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.







ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

GRASHEY
MÜNCHEN

PELMAN
BONN

SCHÜLE
ILLENAU

DURCH

H. LAEHR.

EINUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN

W. 35. LUTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1904

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR
IM JAHRE 1903

REDIGIERT

VON

F. SCHUCHARDT

GEHEIMER MEDIZINALRAT UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

LITERATURHEFT

ZUM 61. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. LUTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1904

1. Psychologie und 2. Psychophysik.

Ref.: Arthur Wreschner-Zürich.

Wundt, W., Grundzüge der physiologischen Psychologie. Fünfte völlig umgearbeitete Auflage. I. Bd. 533 S. II. Bd. 686 S. III. Bd. 796 S. Gesamtregister 133 S. Leipzig. W. Engelmann.

Von dem gewaltigen Aufschwung der Psychologie, namentlich der experimentellen, während der letzten Jahre legt dieses nicht nur für Fachkreise unentbehrliche Werk ein eindeutiges Zeugnis ab; in dieser fünften völlig umgearbeiteten Auflage hat es bereits den Umfang von drei voluminösen Bänden, denen noch ein von *Wilhelm Wirth* bearbeitetes ausführliches Sach- und Personenregister beigegeben ist, angenommen. Und trotzdem gibt Verf. selbst zu, „nicht sowohl eine vollständige Übersicht über die gesamte weitverzweigte Literatur des Gebietes zu geben — dazu ist in den zahlreichen Zeitschriften, über die gegenwärtig die experimentelle Psychologie verfügt, für jedermann leicht Gelegenheit geboten —, als vielmehr die Erfahrungen und Anschauungen, die ich unter der hilfreichen Mitarbeit so mancher im Lauf der Jahre im Leipziger psychologischen Laboratorium tätiger jüngerer Kräfte gewonnen hatte, vollständiger und, wo es nützlich schien, mit eingehenderer Begründung als in den früheren Auflagen vorzuführen. Nicht der Kompilation, sondern der Darstellung eigener Erfahrungen und Überzeugungen, natürlich überall unter dankbarer Benutzung dessen, was sich fremden Arbeiten entnehmen ließ, will daher in erster Linie das Werk in seiner gegenwärtigen Gestalt dienen“ (Vorwort S. IX). Dieses Bekenntnis wie auch die tatsächliche Darstellung zeigt, daß es selbst der unerschöpflichen Arbeitskraft und dem geradezu erstaunlichen Wissen des unerreichten Meisters der modernen Psychologie, ja Geisteswissenschaft überhaupt nicht mehr möglich ist, den gesamten Bestand an psychologischen Methoden, Tatsachen und Theorien zu bewältigen; es ist dies in der Tat eine Leistung, welche die Kraft eines Forschers, mag er auch noch so universell, genial und schöpferisch veranlagt sein, schon übersteigt und nur noch von einem vielgliedrigen Konsortium berufener Fachmänner vollbracht werden kann. — Was den Inhalt des vorliegenden Werkes anlangt, so behandelt der erste Band nach kaum wesentlich veränderten einleitenden Bemerkungen über Aufgabe und Gegen-

stand der Psychologie zunächst wieder sehr ausführlich die anatomischen und physiologischen Tatsachen und Ansichten, soweit, wenn nicht mehr als ihre Kenntnis für die Psychologie in Betracht kommt; hierauf die Empfindung in bezug auf ihren allgemeinen Charakter und ihre Intensität. Der zweite Band setzt die Lehre der Empfindungen ihrer Qualität nach fort, um darauf die der „Gefühlselemente des Seelenlebens“ folgen zu lassen. Das Gefühl wird als die subjektive Reaktion des Bewußtseins oder der Apperzeption auf einen Eindruck, aufgefaßt, während die Empfindung durch ihre Intensität und Qualität den objektiven Eigenschaften des Eindrucks zuzuteilen ist. Daher kann der Gefühlston einer nur dunkel perzipierten Empfindung oder Vorstellung apperzipiert werden. Daher die Abhängigkeit eines Gefühls von der gesamten momentanen Bewußtseinslage. Daher auch die spezifische Eigenart der Gefühle, sich in Gegensätzen zu bewegen: während im Empfindungsleben nur Unterschiede, in gewissen Grenzfällen größte Unterschiede herrschen, wird das Gefühlsleben von dem Kontrastprinzip beherrscht; Hell und Dunkel, Schwarz und Weiß, Hoch und Niedrig sind also keine Gegensätze. Denn zu dem Wesen des Gegensatzes gehört, daß man von einem Glied des Gegensatzes durch eine Reihe sich vermindender Grade zuerst zu einem Nullpunkt und dann von diesem aus wieder durch eine Reihe zunehmender Grade zu dem andern Gliede des Gegensatzes gelangt und diese beiden Reihen auch inhaltlich als Gegensätze auffaßt. Diese Bedingungen sind nur im Gefühlsleben verwirklicht, und von ihm übertragen wir erst den Begriff der Gegensätzlichkeit auf die gleichzeitigen Empfindungen oder Objekte. Solcher Gegensätze gibt es drei Paare: Lust — Unlust, Erregung — Beruhigung, Spannung — Lösung. „Das gesamte System der Gefühle läßt sich aber darnach als eine dreidimensionale Mannigfaltigkeit definieren, bei der jede Dimension je zwei entgegengesetzte Richtungen enthält, die sich ausschließen, während dagegen jede der so entstehenden sechs Grundrichtungen mit Gefühlen der beiden anderen Dimensionen zusammen bestehen kann, nur daß selbstverständlich hier wiederum zwei einer und derselben Dimension angehörende entgegengesetzte Richtungen innerhalb eines momentanen Gefühlszustandes sich ausschließen“ (II. 287). Diese drei Paare von Gegensätzen unterscheiden sich auch durch die Sinnesgebiete, in denen sie vorherrschend sind: während den niederen Sinnen (Geschmack, Geruch, Haut- und Gemeinsinn) vornehmlich Lust und Unlust zukommt, eignet den höheren Sinnen, Gesicht und Gehör, der Gegensatz von Erregung und Beruhigung resp. Depression; ein spektralreines Blau ist ebenso lustbetont wie ein spektralreines Rot, aber jenes wirkt beruhigend, dieses erregend; das nämliche ist der Fall beim Unterschiede von hohen und tiefen Tönen und auch bei Affekten wie Freude, Zorn, Kummer, Erwartung, Hoffnung, Furcht, Sorge etc. Die Spannung und Lösung endlich läßt sich am reinsten durch leichte Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit, z. B. Anhören von Metronomschlägen oder Lösung einfacher Rechenaufgaben beobachten. Während ferner die Lust und Unlust in engster Beziehung zur Intensität der Empfindung steht.

sodaß Reize von mittlerer Stärke angenehm, von sehr großer Intensität aber unangenehm sind, sind die Gefühle der Beruhigung und Erregung eine Funktion der Qualität der Eindrücke; Spannung und Lösung endlich hängen engstens mit dem zeitlichen Verlauf der Vorgänge zusammen, sie sind eine Funktion der Auffassung von Eindrücken: die sich vorbereitende und vollziehende Apperzeption ist durch Spannung, die vollendete durch Lösung charakterisiert. Endlich sind die drei Gefühlspaare auch in ihren körperlichen Ausdrucksformen voneinander unterschieden: in der Lust ist der Puls verstärkt und verlangsamt, die Atmung geschwächt und beschleunigt; bei der Erregung ist der Puls verstärkt, die Atmung verstärkt und beschleunigt; bei der Lösung ist Puls wie Atmung verstärkt und beschleunigt; die jedesmal entgegengesetzten Symptome finden sich bei Unlust, Beruhigung und Spannung, nur daß die Atmung bei der Unlust geschwächt, bei Spannung und Beruhigung verstärkt bleibt. Diese „Grundformen“ der Gefühle erhalten natürlich in einem konkreten Gefühle mannigfache Nuancierungen durch den begleitenden Empfindungs- und Vorstellungsinhalt und den Gesamtzustand des Bewußtseins. — Sind nun Empfindungen und Gefühle elementare Prozesse, so sind die aus ihnen zusammengesetzten komplexen Gebilde Vorstellungen und Gemütsbewegungen, je nachdem sie objektiver oder subjektiver Natur sind, d. h. „auf äußere dem wahrnehmenden Subjekt gegebene Gegenstände“ oder „unmittelbar auf den Zustand des Subjekts selbst“ bezogen werden; allerdings sind beide stets miteinander verbunden. Von den „Vorstellungen“ werden die intensiven des Gehörs, die räumlichen des Tastsinns und des Gesichts noch im zweiten Bande abgehandelt, während die Zeitvorstellungen bereits den ersten Teil des dritten Bandes einnehmen. Die Gemütsbewegungen gliedern sich in die zusammengesetzten Gefühle, Affekte und Willensvorgänge, je nachdem die einfachen Gefühle einen simultanen Komplex oder einen mehr oder weniger abgeschlossenen Zeitverlauf bilden, und zwar stellen die zusammengesetzten Gefühle den Übergang von den einfachen Gefühlen zu den die zusammengesetzten Gefühle als Bestandteile enthaltenden Affekten und diese wiederum den Übergang zu dem Willensvorgang dar, welcher ein durch eigentümliche, mit einer wirklichen Lösung des Affekts verbundene Gefühlswirkungen ausgezeichnete Affektverlauf ist. Im einzelnen betrachtet Verf. in diesem vierten Abschnitt die „Vorstellungsgefühle“, ästhetischen Elementargefühle, Affekte und Willensvorgänge. In der Theorie der Affekte nimmt er Stellung gegen die intellektualistische und sensualistische Theorie, um die emotionale zu vertreten, nach der die Gefühle den Charakter der Affekte bestimmen, aber derart, daß sie eine Verbindung zu einer neuen psychischen Einheit eingehen. Wie das Gefühl ist also auch der Affekt eine Reaktion der Apperzeption auf das einzelne Bewußtseinserlebnis, nur entwickelt sie sich hier vollständiger und reicht über einen Zusammenhang von Bewußtseinsvorgängen. Wie die Vorstellungen realer als die Empfindungen und die Zusammenhänge von Vorstellungen wieder realer als die isoliert gedachten Vorstellungen sind, so ist

auch der Affekt realer als das Gefühl. Dem Wesen der Affekte entsprechend sind ihre somatischen Begleiterscheinungen, die gleich denen der Gefühle ausführlich behandelt werden und deren Zusammenhang mit den Gemütsbewegungen weder rein psychisch noch rein physisch, sondern psychophysisch gedeutet wird, auf die erregenden und hemmenden Innervationen zurückzuführen, wie sie von dem Zentralgebiet, dem physiologischen Substrat der Apperzeptionsvorgänge den respiratorischen, vasomotorischen und anderen niederen Zentren zugeführt werden; diese Begleiterscheinungen sind intensiver und extensiver als die der einzelnen Gefühlsbestandteile sowohl infolge der Summation wie des zusammenhängenden Vorstellungsverlaufs, der der Verbindung der Gefühle entspricht. Diese Vorstellungsäußerungen der Affekte bilden den Übergang zu den äußeren Willenshandlungen. Auch für den Willen kommt die emotionale Theorie in Betracht, nach der die im Willen nachzuweisenden Gefühle seine wesentlichsten Bestandteile bilden: „Gefühl, Affekt und Willensvorgang werden demnach hier als sukzessive Stufen zusammengehöriger Prozesse betrachtet: das Gefühl als der einem gegebenen Zeitpunkt entsprechende subjektive Zustand, der Affekt als ein Verlauf solcher Zustände und endlich der Willensvorgang als die in sich abgeschlossene letzte dieser Verlaufsformen. In diesem Sinne haben die beiden vorangestellten Prozesse, die Gefühle und Affekte, einerseits die Bedeutung relativ selbständig vorkommender psychischer Inhalte, andererseits sind sie aber doch sämtlich nur möglich, weil es Willensvorgänge gibt, in denen jene im Gefühl und Affekt gegebenen Vorbereitungen zu vollständiger Entwicklung gelangen“ (III S. 304). Die Voraussetzung dieser Theorie ist 1. die Kontinuität in der Entwicklungsreihe psychophysischer Funktionen; 2. die Übereinstimmung auf psychischer Seite, sobald eine solche auf physiologischer Seite in bezug auf die Entwicklung einer bestimmten Klasse psychophysischer Funktionen bei gewissen organischen Wesen hervortritt. Die elementarste Form eines Willensvorganges ist die Apperzeption eines psychischen Inhalts, da „die äußere Willenshandlung ihrem ursprünglichen Wesen nach nichts anderes ist, als eine besondere Form der Apperzeption, indem sie einen untrennbaren Bestandteil jener Apperzeptionen bildet, die sich auf den eigenen Körper des handelnden Wesens beziehen“ (III S. 308). — Der fünfte Abschnitt handelt „von dem Verlauf und den Verbindungen der seelischen Vorgänge“, um im einzelnen das Bewußtsein, den Verlauf der „direkten Sinnsvorstellungen“ und der „reproduzierten Vorstellungen“, die „psychischen Verbindungen“ in der Form von Assoziationen „apperzeptiven Verbindungen“, „komplexen intellektuellen Funktionen“ (z. B. Gedächtnis, Lesen und Schreiben), intellektuellen Gefühlen, geistigen Anlagen, und die Anomalien des Bewußtseins (Halluzinationen, Illusionen, Schlaf, Traum, Hypnose, Geistesstörungen) zu erörtern. Das Bewußtsein als die Bedingung aller Erfahrung läßt sich nicht definieren, nur seine Bedingungen sind anzugeben. Diese sind auf psychischer Seite ein Zusammenhang unmittelbarer Erlebnisse, auf physischer Seite einheitliche Organisation. Es gibt mannigfache Grade der Bewußtheit;

ihre untere Grenze ist dahin zu legen, „wo die Reaktionen eines Wesens auf äußere Einwirkungen weder auf simultane, noch auf sukzessive psychische Verbindungen hinweisen“ (III S. 325). Mit dem Bewußtsein hängt engstens zusammen der zentrale Begriff der *Wundtschen* Psychologie, der der Apperzeption. „Den Eintritt einer Vorstellung in das innere Blickfeld wollen wir die Perzeption, ihren Eintritt in den Blickpunkt die Apperzeption benennen.“ Die Apperzeption ist als aktive oder vorbereitete oder Willkürhandlung von vornherein durch ein Tätigkeitsgefühl, zu dem sich ein Gefühl der Spannung noch gesellt, begleitet, während bei der passiven oder unvorbereiteten Apperzeption oder der Triebhandlung dem Tätigkeitsgefühl ein ursprünglich vorhandenes Gefühl des Erleidens, begleitet von dem der Lösung, vorangeht. Diesen subjektiven Erscheinungen steht als objektive Seite gegenüber die Beziehung zu anderen Bewußtseinsinhalten, die man als die Objekte der Aufmerksamkeit bezeichnet. Apperzeption und Aufmerksamkeit sind Ausdrücke für einen und denselben psychologischen Tatbestand, nur daß diese die subjektive Seite, jene den objektiven Erfolg, die Veränderung in der Beschaffenheit der Bewußtseinsinhalte angibt. Wie bereits erwähnt, ist die Apperzeption ein Willensvorgang, und zwar der elementarste, der einen konstituierenden Bestandteil aller Willensvorgänge ausmacht; sie ist daher charakterisiert durch 1. eine vorausgehende gefühlsstarke Vorstellung, bald als äußerer Eindruck, bald als bestimmte Erinnerungsbilder; 2. ein Tätigkeitsgefühl; 3. Bewußtseinsveränderungen als Wirkungen des Motiv in Form von zunehmender Klarheit bestimmter Vorstellungen, an die sich dann weiterhin Veränderungen im Vorstellungsverlauf anschließen können. Die Entwicklung des Bewußtseins vollzieht sich derart, daß sich allmählich eine Kontinuität herausbildet, indem einzelne unmittelbare Erlebnisse mit früheren in Verbindung treten können; die so entstandenen Verbindungen sondern sich dann in losere und festere, mit dem Effekt von Einzelvorstellungen und ihren Gefühlen; an dieser Sonderung beteiligt sich auch jene Gruppe von Gefühlen und Vorstellungen, die an unsere unmittelbaren Lebensfunktionen gebunden ist, um einen permanenten Gefühls- und Vorstellungskomplex zu bilden, den man jederzeit selbst erzeugen kann; das nächste Substrat der Kontinuität des Bewußtseins bilden also die Willensvorgänge oder die Gefühle der aktiven und passiven Apperzeption, die einen relativ konstanten Bewußtseinsinhalt darstellen. „Diesen konstanten Inhalt, der demnach wesentlich ein Gefühlskomplex ist, dem außerdem noch minder konstante Vorstellungselemente assoziiert sind, bezeichnen wir als das Ich oder das Selbstbewußtsein oder, im Hinblick auf die individuellen Konstanten des einzelnen Ich, als die Persönlichkeit“ (III S. 374). Dieses Selbstbewußtsein ist zunächst durchaus sinnlich, um dann ausschließlich von der Apperzeption und ihren Gefühlen getragen zu werden, sodaß das Ich das auf den Apperzeptionsakt bezogene Selbstbewußtsein, die Apperzeption irgend eines psychischen Inhalts dagegen zur „Erhebung in das Selbstbewußtsein“ wird; immerhin bleibt das Ich stets ein Totalgefühl mit den Apperzeptionsgefühlen als dominierenden, und den sonstigen an das eigene Selbst

gebundenen Gefühlen und Empfindungen als den sekundären, variablen Bestandteilen. — Der Unterschied zwischen assoziativen und apperzeptiven Verbindungen, die übrigens fortwährend ineinander übergehen, ist dadurch gegeben, daß letztere subjektiv durch ein Tätigkeitsgefühl ausgezeichnet und objektiv durch die gesamte vorangegangene Bewußtseinsentwicklung bestimmt sind; sie sind also Willensvorgänge, und zwar ist die Apperzeption hierbei verbindend oder zerlegend, beide Male aber beziehend, sodaß Begriffe, Urteile etc. entstehen. — Von allergrößtem Interesse sind die „Schlußbetrachtungen“, in denen die naturwissenschaftlichen Vorbegriffe und Prinzipien der Psychologie auseinandergesetzt werden. Mit wissenschaftlicher Strenge werden hier die logischen Grundlagen der Naturwissenschaft, die Gegensätze von Mechanik und Energetik, welch letzterer auch in ihrer modernen Form Verf. nicht rückhaltlos zustimmt, von Mechanismus und Vitalismus, Kausalität und Teleologie, der Begriff der Seele und die Prinzipien der psychischen Kausalität behandelt. Das Prinzip des Erkenntnisgrundes wie auch der Wissenschaft ist die logische Verknüpfung gegebener Erfahrungsinhalte; innerhalb der einzelnen Erfahrungsgebiete tritt es auf als Kausal- oder Zweckprinzip, je nachdem von Ursache zur Wirkung oder umgekehrt von dieser zu jener fortgeschritten wird, wobei allerdings zu beachten ist, daß der eindeutigen progressiven Verknüpfungsform im allgemeinen eine mehrdeutige regressive entspricht; daher hat die kausale Betrachtungsweise in der Mechanik, deren oberste Prinzipien namentlich auch das von der Erhaltung der Energie übrigens auch teleologischer Natur sind, den Vorrang, während im Reiche der Lebenserscheinungen vor allem infolge der Selbsterhaltung, Fortpflanzung und der Veränderung bei der individuellen und generellen Entwicklung das Zweckprinzip vorherrscht. Auf die näheren Ausführungen über Kausalität und Teleologie, Mechanik und Energetik einzugehen, ist hier nicht der Ort, da sie mehr in das Gebiet der Naturphilosophie als der Psychologie hineingehören. Als Prinzipien der Psychologie werden bezeichnet die Aktualität der Seele im Gegensatz zu ihrer Substantialität, ferner die auch von der praktischen Lebenserfahrung angenommene Einheit von Leib und Seele, während die Trennung von Naturwissenschaft und Psychologie nur eine solche des Standpunktes ist, von der aus die Bewußtseinsinhalte betrachtet werden: jene tut dies von dem des Objektes, diese von dem des Subjektes aus. „Wie niemals mit dem wirklichen Leben, so dürfen sie auch niemals miteinander in Widerstreit geraten; und wo sich das anscheinend ereignen sollte, da darf es als ein sicheres Zeichen dafür angesehen werden, daß entweder beide falsche Wege eingeschlagen haben oder daß dies einer von ihnen widerfahren ist“ (III S. 767). Aber sind Leib und Seele auch eine Einheit, so doch keine Identität, sie sind zusammengehörige Eigenschaften lebender Wesen, denn die beiden Standpunkte sind und bleiben prinzipiell verschieden und ihre Beziehung zueinander ist nach dem Prinzip des „psychophysischen Parallelismus“ zu interpretieren. Dieses Prinzip ist im Gegensatz zu dem metaphysischen des Parallelismus

nur heuristisch, da es sich ausschließlich auf Tatsachen beschränkt und grundsätzlich auf die unmittelbare Wirklichkeit der Erscheinungen bezieht; es dient nur dazu, die psychologische und naturwissenschaftliche Betrachtungsweise, von denen keine die volle Wirklichkeit enthält, zu vereinigen, ohne sie aufzuheben; den Ausgleich beider Betrachtungsweisen kann nur die praktische Lebenserfahrung und die Metaphysik herstellen. Als heuristisches Prinzip bezieht sich der Parallelismus auch nur auf psychophysiologische Phänomene und beschränkt sich auf die Beziehung der psychischen Elemente zu ihren physiologischen Substraten, ohne über die Verbindung der psychischen Elemente etwas zu präjudizieren; denn wenn auch die physiologischen Prozesse sich einheitlich verbinden, so sind doch die Wirkungen dieser Verbindung mit denen jener nicht zu vergleichen: allerdings besteht die Unvergleichbarkeit bereits für die Elemente beider Reihen, aber sie steigert sich um so mehr, je komplexer die Phänomene werden, sodaß an diesem Punkte die Psychologie erst recht als ein selbständiges Wissenschaftsgebiet erscheint. Die relative Unzulänglichkeit des heuristischen Prinzips vom psychophysischen Parallelismus wirft also die Frage auf nach den Eigenschaften der Beziehungen und Verbindungen zwischen seelischen Vorgängen, oder das Problem psychischer Kausalität. Die Prinzipien dieser sind: 1. das der „schöpferischen Resultanten“: das aus irgend einer Anzahl von Elementen entstehende Produkt ist ein neues Gebilde, welches in seinen wesentlichsten Eigenschaften mit den Faktoren, die bei seiner Bildung zusammenwirkten, schlechthin unvergleichbar ist; dieses Prinzip bezieht sich aber nur auf die unmittelbar zusammenhängenden psychischen Inhalte; es steht in Wechselbeziehung zu dem Prinzip von der Erhaltung der Energie, da sich ja beide Prinzipien auf ein und dasselbe Ganze der Erfahrung beziehen: „So findet denn das Wachstum psychischer Werte an dem Substrat physischer Energie, an das es gebunden ist, seine Grenzen; und die zweckvolle Ausnutzung physischer Energiequellen findet in den Grundsätzen der Beurteilung geistiger Werte ihre Regulative“ (III S. 781/82); 2. das der „beziehenden Relationen“: da jedes komplexe psychische Gebilde eine Resultante enthält, so stehen alle seine Teile in Relation zueinander. „Von den Relationen der Bestandteile ist ebenso die Beschaffenheit der resultierenden Wirkung abhängig, wie umgekehrt wiederum der neue und eigenartige Charakter der Resultante auf die Relationen ihrer Komponenten zurückwirkt“ (III S. 782). Namentlich zeigt sich dies in der beziehenden Vergleichung (Webersches Gesetz) und in der beziehenden Zerlegung; 3. das der „steigernden Kontraste“, hier wird das Relationsprinzip auf die Gefühlsseite des Seelenlebens angewendet. Da die Gefühle dem allgemeinen Kontrastprinzip untergeordnet sind, so tritt hier die steigernde Wirkung, welche die entgegengesetzten Glieder aufeinander ausüben, und die sich auch der hervorgehenden Resultante mitteilt, hervor; 4. das der „Heterogenie der Zwecke“, welches neben die kausale Betrachtung die teleologische setzt und besagt, „daß die erreichten Zwecke über die Beweggründe oder Zweckvorstellungen, aus denen

sie ursprünglich hervorgegangen sind, hinausreichen, indem ihnen auf dem Wege zwischen dem Anfang und dem Ende einer Zweckreihe aus den ungewollten Nebenerfolgen um so mehr neue Motive zuströmen, je umfassender die Reihe ist“ (III S. 789). Auch dieses Prinzip gilt aber nur für gegebene psychische Zusammenhänge und ist nur das Prinzip der schöpferischen Resultanten teleologisch umgeformt und auf die Willenshandlungen angewendet; allerdings ist es analog der Umkehrungsmöglichkeit jeder Kausalreihe in eine Zweckreihe auch auf andere psychische Verbindungen übertragbar und schließt neben dem Prinzip der schöpferischen Resultanten auch das der Relationen und der Kontraste in teleologischer Umformung in sich. All dies sind Prinzipien, d. h. einfache nicht weiter abzuleitende Voraussetzungen der Verknüpfung von Tatsachen eines bestimmten Gebietes. Vom „Prinzip“ unterscheidet sich das „Gesetz“, d. h. ein Satz, „der selbst eine größere Zahl komplexer Tatsachen in einen übereinstimmenden Ausdruck zusammenfaßt“ (III S. 790). Das Prinzip ist demnach abstrakt, das Gesetz allgemein; jenes kann hypothetisch sein, dieses ist nur problematisch; jenes ist einfach, dieses zusammengesetzt. Da aber dem einzelnen geistigen Vorgang und seinen Produkten das Moment der Einordnung in eine geistige Entwicklung innewohnt, so liegt in den psychologischen Prinzipien im Unterschiede von den naturwissenschaftlichen ein Hinweis auf die Gesetze für eine individuelle oder allgemeine seelische Entwicklung, welche die seelischen Gebilde einem umfassenden Zusammenhang unterordnen, also bereits im Gegensatz zu den Prinzipien über unmittelbare Verbindungen hinausreichen und nicht mehr rein psychologischer, sondern psychophysischer Natur sind, wie auch umgekehrt angesichts der Teilnahme, welche die mit Empfindung und Gefühl verbundenen Triebe an dem ursprünglichen Aufbau organischer Formen haben, die anscheinend rein physiologischen Entwicklungsgesetze schließlich auf psychophysische Entwicklungsbedingungen zurückführen. Es läßt sich sonach die Gesamtheit der psychophysischen Entwicklungsgesetze in biologische und historische sondern, je nachdem die physischen oder psychischen Momente vorherrschen; beide Entwicklungen sind in der Biologie im weiteren Sinne enthalten, wie ja auch die einzelne menschliche Persönlichkeit als organische Entwicklung dem biologischen Reiche angehört und zugleich die einfachste Form geschichtlicher Entwicklung ist; dementsprechend gestaltet sich auch das tatsächliche Verhältnis des natürlichen und geistigen Lebens derart, daß sie nicht disparate Erscheinungen sind, sondern Glieder eines Ganzen, das auf den unteren Stufen vornehmlich von der Naturseite, auf den oberen von der geistigen Seite aus erkennbar ist.

So gelangt der Verf. von den elementarsten Tatsachen zu immer umfassenderen Synthesen und schließlich zu jenen Problemen, welche bereits die Brücke von der Psychologie zu anderen Gebieten, namentlich der Erkenntnistheorie und Metaphysik schlagen; und zwar wandelt Verf. hierbei stets den vorsichtigen Weg besonnener Kritik und umsichtigen Abwägens, ohne je den Boden strenger Wissenschaftlichkeit zu verlassen. Denn so

wenig dieses bedeutsamste Werk der psychologischen Literatur Anspruch auf erschöpfende Darstellung macht und machen kann, so reich ist es doch an Mitteilungen über Methoden und Tatsachen, welche der psychologischen Beobachtung überhaupt, der experimentellen im besonderen zu danken sind, an Interpretationen und Theorien, an oft weit zurückgehenden historischen Betrachtungsweisen fast eines jeden der behandelten Probleme. Dies im einzelnen zu erweisen, ist im Rahmen eines Referates unmöglich und auch angesichts der Tatsache, daß es sich nur um eine neue, wenn auch völlig umgearbeitete Auflage handelt, unnötig; es genügt, die prinzipiellen Gesichtspunkte herausgehoben und auf die wesentlichsten Abweichungen dieser Auflage von den früheren hingewiesen zu haben. Aber selbst diese lückenhafte Skizze zeigt, mit welcher jugendlicher Frische und Elastizität der greise Führer der psychologischen Forschung seinen Standpunkt im Sinne einer fortschreitenden Entwicklung immer wieder revidiert. Nur schade, daß frühere Auffassungen in die neuen mit hinübergenommen werden, ohne daß stets eine organische Verbindung versucht wird, sondern zuweilen unüberbrückbare Klüfte offen bleiben. So ist eine der fundamentalsten Neuerungen die Annahme, daß der Wille kein selbständiges, elementares, seelisches Phänomen, vielmehr auf das Gefühl zurückzuführen ist; andererseits wird aber an der Apperzeptionslehre im alten Sinne festgehalten und der voluntaristische Standpunkt nicht aufgegeben. Die Gefühlslehre selbst erfährt wohl eine durchgreifende Wandlung, aber eine keineswegs unbedenkliche. Namentlich gilt dies von der Anzahl der Qualitäten. Mag man auf dem Boden der Lust — Unlusttheorie stehen oder nicht, die Dreizahl der Gegensatzpaare ist eine willkürliche Annahme. Denn zunächst sind ihre empirischen Stützen sehr schwankend: die Selbstbeobachtung spricht nicht für eine Koordination von Lust — Unlust mit Erregung — Beruhigung und Spannung — Lösung; die experimentellen Ergebnisse sind keineswegs bisher so widerspruchslös und eindeutig, daß sie zugunsten der Dreidimensionalität verwertet werden können; die vom Verf. angenommene Beziehung von Lust — Unlust und Erregung — Beruhigung zu den einzelnen Sinnesgebieten widerstreitet der alltäglichen Erfahrung, für die das Gefühl der Erregung bei Geruchs- und auch Hautempfindungen besonders stark, vielleicht viel stärker als das Lust — Unlustgefühl ausgeprägt ist, während andererseits dieses Gefühlspaar bei Farben und Tönen zumeist deutlicher als Erregung — Beruhigung hervortritt. Sodann aber wenn Spannung — Lösung so engstens an die Apperzeption gebunden sind und diese im Mittelpunkt alles seelischen Lebens steht, dann können sie doch nicht den beiden anderen Gefühlspaaren nebengeordnet sein. — Völlig unhaltbar ist die Kontrolle wissenschaftlicher Ergebnisse und Anschauungen durch die praktische Lebenserfahrung, die auf dem Gebiete der psychologischen oder gar metaphysischen Grundfragen auf alle möglichen Vorurteile und Wahnvorstellungen sich aufbaut und den Vergleich mit der alltäglichen, unwissenschaftlichen Erfahrung von Vorgängen in der physischen Außenwelt nicht aushält; übrigens liegt der praktischen Lebenserfahrung die Einheit von Leib und Seele viel

ferner, als der Dualismus. — Die Einengung des psychophysischen Parallelismus auf elementare Prozesse ist unberechtigt, da schon bei diesen die Unvergleichbarkeit der physischen und psychischen Reihe vom Verf. zugegeben wird; auch widerstreitet diese Einschränkung der gegenseitigen Stellung von Psychologie und Naturwissenschaft, wie sie Verf. definiert. Mit dieser heuristischen Natur des Parallelitätsprinzips fällt aber auch die Eigenartigkeit psychischer Kausalität, wie ja in der Tat die angeführten Prinzipien derselben keineswegs ohne Äquivalente in der physischen Welt sind. — Die Ausführungen über das gegenseitige Verhältnis von Kausalitäts- und Zweckprinzip sind sehr treffend, aber gehen an dem eigentlichen Problem vorbei, denn dieses bezieht sich nicht auf die subjektiven Betrachtungsmöglichkeiten, sondern auf die objektiven Wirkungsweisen.

Ogden, Robert Morris, Untersuchungen über den Einfluß der Geschwindigkeit des lauten Lesens auf das Erlernen und Behalten von sinnlosen und sinnvollen Stoffen. Archiv für die gesamte Psychologie II. Bd. S. 93—189. Leipzig. W. Engelmann.

Der Mitteilung seiner eigenen Versuche und Ergebnisse schickt Verf. eine kurze Übersicht über die einschlägigen Arbeiten von *Ebbinghaus*, *Müller-Schumann*, *Whitehead*, *L. Steffens*, *Quantz* und *Kraepelin* voran. Um zunächst die Tempos und die qualitativen Eigentümlichkeiten des Auswendiglernens bei verschiedenen Geschwindigkeiten zu ermitteln, stellte Verf. an sich und einer andern Versuchsperson Vorversuche nach dem *Ebbinghaus*schen Verfahren an: Reihen von je 12 sinnlosen Silben, bei denen ungebräuchliche, für die englische Aussprache schwierige Buchstabenkombinationen vermieden wurden, waren auf kleinen, auf der Rückseite der ordnungsmäßigen Reihenfolge wegen numerierten Kartons in horizontaler Anordnung aufgeschrieben; die vertikale Anordnung erwies sich als unzweckmäßig, weil der unregelmäßige Abstand des Auges von den einzelnen Silben einen Wechsel in der Augeneinstellung bedingte. 50 Kartons waren auf einer Schnur aufgereiht und jede Lesung wurde vom Versuchsleiter durch einen Bleistiftstrich, von der Versuchsperson durch Hinüberziehen eines Kartons auf die andere Seite der Schnur markiert. Die acht Tempos des Hersagens wurden durch Metronomschläge — 45 bis 150 in der Minute, so daß je zwei benachbarte um 15 differierten — angegeben; auf eine Reihe folgte immer eine Pause von vier Sekunden und auf jeden Versuch eine solche von drei bis vier Minuten, die mit Protokollierung der Selbstbeobachtungen und Verrechnungen ausgefüllt wurden. Die ziffernmäßigen Ergebnisse werden nicht mitgeteilt; infolge mangelhafter Übung variierte die Zahl der Wiederholungen (= W) sehr erheblich; 60—90 Schläge in der Minute war die optimale Geschwindigkeit für Erlernen und Wiedererlernen; langsamere Tempos wurden

nur zum Zwecke bewußten Lernens und Ausschlusses aufregender Momente gewählt; die schnelleren Tempos bedingten bei den ungeübten Personen ein störendes Unlustgefühl; keins der gewählten Tempos war aber unbrauchbar; die kräftigen Metronomschläge wirkten jedoch erregend und zwangen zu einer strengen rhythmischen Ordnung, sodaß namentlich auch angesichts der Ablenkung oder Erleichterung durch den Überblick über die ganze Reihe die *Ebbinghaus*sche Methode für diese Versuche unbrauchbar ist. Von Interesse sind noch die individuellen Differenzen, die bereits in diesen Vorversuchen sich geltend machten. Verf. unterscheidet nämlich motorische, akustische, visuelle oder gemischte Typen, je nachdem ein oder mehrere sensorielle Elemente überwiegen. Dieser üblichen Klassifizierung ordnet er aber noch über die der schnell und langsam Lernenden, so daß beide Klassen ihre Tüchtigen und Untüchtigen haben; die Tüchtigen der ersteren Klasse sind zumeist überwiegend „intellektuell“, fassen also mehr logisch als sensorisch, mehr objektiv als subjektiv auf, behandeln das Material wie es gegeben ist, erkennen jedem einzelnen Gliede seinen immanenten Wert zu und vernachlässigen hinzugefügte sensorische Hilfen; schnelllernende Personen dagegen sind sensorischen Typus, verbinden die Glieder enger miteinander, gewinnen eher einen Gesamteindruck und richten fast nie auf nebensächliche Glieder eine volle konzentrierte Aufmerksamkeit; der Unterschied dieser beiden Typen, der eng zusammenhängt mit dem zwischen objektiven, beschreibenden, beobachtenden, gelehrten und subjektiven, poetischen, gefühlsmäßigen, läßt sich nicht mit *Meumann* auf die Adaptationsfähigkeit zurückführen, da er durch Übung nicht zu beseitigen ist. Endlich ist noch zwischen bewußtem und mechanischem Lernen zu unterscheiden; dort wird das Material nach seiner Bedeutung aufgefaßt unter starker Beteiligung von Person und Wille, jedoch ohne willkürliche Behandlung des Stoffes; hierzu kommt als besondere Form die Benutzung assoziativer Hilfsvorstellungen, die ein im weitesten Sinn mnemotechnisches Verfahren, das halb bewußt, halb mechanisch ist, begründen; bei dem mechanischen Lernen, das bei sinnlosem Material häufiger als bei sinnvollem sich findet, geht das Einprägen gewissermaßen rein automatisch vor sich, die sensorischen Elemente treten in den Vordergrund, die rhythmische Gliederung spielt eine große Rolle; eignet das bewußte Lernen den langsamen Geschwindigkeiten, so das mechanische den schnellen; nur von untüchtigen Personen wird letzteres auch bei langsamem Tempo benutzt. Auch innerhalb der sensorischen Typen hat die Geschwindigkeit eine Bedeutung, indem der akustische und motorische Typ bei schnellerem Tempo vor dem visuellen im Vorteil ist, da optische Eindrücke leichter miteinander verschmelzen. Von dem mnemotechnischen Verfahren, das einen Zusammenhang zwischen mehreren oder womöglich allen Gliedern einer Reihe zu stiften sucht, unterscheidet Verf. noch das assoziative, bei dem jede Silbe für sich eine Reproduktionstendenz optischer oder akustischer Vorstellungen geltend macht. Von den beiden Versuchspersonen der Vorversuche war nun die eine ein vorwiegend intellektueller

Typus, bei dem die sensorischen Hilfsmittel gleichmäßig akustisch und optisch waren; sie bevorzugte die langsameren Tempos, nur beim Wiedererlernen schien ihr eine Beschleunigung für die rhythmische Gliederung günstig. Die andere Versuchsperson dagegen war rein sensorisch, namentlich akustisch; sie wählte die schnelleren, für die Rhythmisierung geeigneten Tempos und nur bei bewußtem Lernen in assoziativer Form die langsameren; bei ihr traten auch häufiger als bei der ersteren Versuchsperson Reproduktionen auf, und zwar rein akustische und vornehmlich bei geringerer Geschwindigkeit, auf das Erlernen übten sie jedoch keinen wesentlichen Einfluß aus; zugunsten der rhythmischen Gliederung traten bei ihr auch häufig Silbenverwechslungen, namentlich bei schnellem Tempo, auf; die erlernte Reihe erkannte sie bei der Repetition immer wieder, namentlich durch den Klang. Die Selbstbeobachtung endlich lehrte, daß gewisse Wohllaute, Reihen, Kombinationsmöglichkeit zweier aufeinanderfolgender Silben zu einer bestimmten Wortform, die Wiederkehr gleicher Laute in einer Reihe das Erlernen erleichterte, während gewisse Laute es wieder erschwerten; zumeist wurden die Reihen in Gruppen zu je vier, seltener zu zwei, drei oder sechs Silben zerlegt, maßgebend war hierbei die Anzahl der Schläge in der Pause oder die Stellung zweier reimenden Silben. — Die eigentlichen Versuche sind nach der *Müller-Schumann*-schen Methode an drei Versuchspersonen, zu denen Verf. nicht gehörte, angestellt; auch die Silbenzusammensetzung erfolgte nach den Angaben dieser Forscher. Vor dem Spalt des Schirmes befand sich ein variierbarer Metallspalt mit einer Öffnung von 5×7 mm; vor diesem stand ein hohler Kartonzylinder von 6 cm Länge und 2,5 cm Durchmesser zum Durchblicken; das Auge war vor der Trommel, die einen Umfang von 494 mm hatte, 9,5 cm entfernt; der Papiermantel trug drei bis vier Reihen von je zwölf sinnlosen Silben und war zu beiden Seiten mit einfachen Klammern an der Trommel befestigt; letztere drehte sich von unten nach oben; jede Silbe nahm einen Flächeninhalt von 3×10 mm ein; die Anzahl der W. wurde durch einen Tourenzähler ermittelt. Gelernt wurde wie schon in den Vorversuchen bis zum erstmaligen freien Hersagen. In der ersten Runde kamen fünf Geschwindigkeiten entsprechend einem Trommelumlauf in 31,7, 22,3, 17,8, 15,06 und 12,9 Sek. zur Anwendung; diese Runde umfaßte 50 Reihen, so daß am Ende der Reihe bei der einen Hälfte der räumliche Abstand ($= 94,7$ mm), bei der anderen der zeitliche Abstand ($= 2,846$ Sek.) konstant blieb; dort betrug der Abstand zwischen je zwei Silben 31,5 mm, hier variierte er mit Rücksicht auf die Konstanz der Pause und weil die Silbenabstände sich bei der Änderung des Tempos hier schneller verkleinern als dort; der Unterschied beider Anordnungen war jedoch infolge der kleinen Versuchszahl zu gering, um wertvolle ziffernmäßige Resultate zu liefern und auf Grund der Selbstbeobachtung erwies sich die zeitliche Anordnung als die günstigere, da der konstante Abstand von 94,7 mm eine zu lange oder zu kurze Pause bedingte. Das Lernen erfolgte auf ein Signal hin durch lautes Lesen in möglichst gleichmäßigem Ton und Tempo; damit auch das freie Hersagen das

Tempo der Trommelumdrehung innehalte, fixierten bei ihm die Versuchspersonen einen bestimmten Punkt des Schirmes, sodaß sie die vorüberziehenden Silben indirekt sehen, aber nicht erkennen konnten; künstliche Hilfsmittel wurden ausgeschlossen, ohne daß sich unwillkürliche Reproduktionen vermeiden ließen. Alle Versuchspersonen lernten drei- bis viermal wöchentlich bei möglichster Konstanz der Tageszeit und Lebensweise. Die Repetition erfolgte nach vierzehn Tagen in gleichem oder anderem Tempo wie das Erlernen. Die Resultate sind mitgeteilt für die Anzahl der W., für die Lernzeit (Z.), den mittleren und wahrscheinlichen Fehler: berechnet wurde das arithmetische Mittel wie der Zentralwert, letzterer nach der von *Müller-Schumann* angegebenen Weise; der Grad des Behaltens wurde nur nach den Ersparniswerten, die für W. und Z. in der absoluten wie prozentualen Zahl berechnet wurden, bemessen. — Die Zahl der W. war am geringsten bei dem langsamsten Tempo, nur bei der Versuchsperson K., die ein intellektueller Typus war, langsam und ohne alle Hilfsvorstellungen lernte, war sie bei dem zweitlangsamsten Tempo noch geringer; sie steigt dann immer etwas weniger als die Geschwindigkeiten. Der Zeit nach war für K. sowohl beim Erlernen wie beim Wiedererlernen das zweitlängste, für die beiden anderen Versuchspersonen, die schnell lernten und viele Hilfsvorstellungen benutzten, das zweitschnellste Tempo das vorteilhafteste. Da nun die Zeit bei schnellerer Sukzession der einzelnen Silben eine Verkürzung erfahren muß, so spricht diese keineswegs schon für eine größere Assoziationsfestigkeit, anderseits ermöglicht eine geringere Geschwindigkeit wieder Antizipationen, Wiederholungen oder sinnvolle Verknüpfungen; es läßt sich daher nur die allgemeine Bedeutung des Tempo für das Erlernen, nicht seine besondere Beziehung zur Assoziationsfestigkeit ermitteln. Kombiniert man nun zu diesem Zwecke, allerdings nicht in mechanischer Weise, die Werte für W. und Z., dann war für K. das zweitlangsamste, für die beiden anderen das langsamste Tempo am vorteilhaftesten. Die Ersparniswerte waren zuweilen negativ, namentlich wenn das Wiedererlernen in langsamerem Tempo als das Erlernen erfolgte oder dieses durch die Schwierigkeit des Stoffes noch nicht genügend war. Im großen und ganzen aber machte infolge der geringen Versuchszahl die persönliche Stimmung der Versuchspersonen ein exaktes Ergebnis über den Einfluß der Änderung im Repetitionstempo fast unmöglich. Die Selbstbeobachtungen ergeben bei K. eine Gliederung zu je vier Silben, was bei dem langsamsten Tempo oft sehr schwierig war; die zweite Silbe jeder Gruppe erhält einen höheren Ton, sodaß eine alle Reihen beherrschende Melodie, welche bei langsamem Tempo ein Hilfsmittel für den Zusammenhalt der ganzen Reihe war, sich herausbildete; jede Gruppe wurde beim langsamsten Tempo für sich, und zwar die erste und dritte vor der zweiten erlernt; bei diesem Tempo traten auch ablenkende Assoziationen, Störungen und Hemmungen, Antizipationen in Form optischer Vorstellungen folgender Silben auf, auch eine Tendenz rascher zu sprechen war schwer unterdrückbar, das Wiedererkennen bezog sich nie auf die ganze Reihe, sondern nur auf einzelne

Silben, Reproduktionen von Wörtern oder Gegenständen waren selten, das Lernen war bewußt. Auch das zweitlangsamste Tempo schien K. noch langsam zu sein, sodaß die Tendenz, schneller zu sprechen, sowie auch Antizipationen sich noch immer geltend machten, jede Silbe für die Einprägung eine selbständige Bedeutung hatte und die einzelnen Gruppen sich schwer zusammenfügten, gleichwohl war es in mancher Beziehung sehr vorteilhaft und weniger ablenkend; noch günstiger war das mittlere Tempo, wenn auch die einzelnen Silben nicht lange genug im Bewußtsein waren; das zweitschnellste Tempo machte zuerst Schwierigkeiten, namentlich beim Übergang von einer Gruppe zur anderen, aber es ermöglichte später noch eine bewußte Aufnahme der einzelnen Silben, sodaß es dann als bequem empfunden wurde; das schnellste Tempo wirkte erregend, erschwerte das Lesen, war aber bequem fürs Sprechen. das Lernen war hier bereits rein mechanisch, und nur sensorische Elemente schienen eine Rolle zu spielen, ein deutliches optisches Bild entstand nicht mehr, auch war es schwer, der Silben rechtzeitig bewußt zu werden, dagegen war die Gruppierung erleichtert. Im allgemeinen versetzte oft K. infolge der musikalisch-rhythmischen Lernweise eine Silbe einer Gruppe an die nämliche Stelle einer andern Gruppe; Silben mit ähnlichen Buchstaben in derselben Reihe hemmten sich zuweilen bei ihm. Die zweite Versuchsperson S., hatte ein Unlustgefühl bei dem langsamsten Tempo, sie teilte die Reihen in Gruppen zu je drei Silben und benutzte sehr die Rhythmisierung wie auch lebhaft Reproduktionen (Gegenstände in klaren optischen Bildern oder akustische Vorstellungen, ja selbst Geruchsempfindungen), die namentlich infolge der ablenkenden Pausen zwischen zwei Silben oder Reihen auftraten; zuerst markierte sie auch die einzelnen Silben oder Gruppen mit verschiedenen Fingern, um so Reproduktionshilfen zu haben; das Wiedererkennen beruhte lediglich auf gewissen Reproduktionen bei bestimmten Silben, oft wurde daher sogar eine ganz neue Reihe für bekannt gehalten. Auch das zweitlangsamste Tempo war dieser Versuchsperson zu langsam und erschien nur dann bequem, wenn es auf das langsamste folgte oder die Reproduktionsmittel bei der Wiederholung von Gruppen während der Pause sich benutzen ließen; das mittlere Tempo imponierte als langsam oder rasch, je nachdem es einem schnelleren oder langsameren folgte, die Urteile „rasch“ oder „langsam“ waren fast immer unlustbetont und bedingten eine größere Anzahl von W.; das zweitschnellste Tempo war bequem und nur dann zu langsam, wenn es auf das schnellste folgte; letzteres verminderte die Reproduktionen, machte das Lernen motorisch und rein mechanisch, bedingte eine hohe Konzentration der Aufmerksamkeit, erschien als vorteilhaft für eine Zusammenfassung der ganzen Reihe durch engere rhythmische Gliederung und erschwerte nur zuerst die Einstellung des Auges auf die einzelnen Silben. Die dritte Versuchsperson, Em., gliederte die Reihe mnemotechnisch, suchte alle Silben miteinander zu assoziieren und grupperte nach Möglichkeit benachbarte zu einem sinnvollen Ganzen, um die übrigen mechanisch, ohne klares Bewußtsein vom Erlernen einzuprägen; waren Assoziationen unmöglich, so war das Erlernen und Wieder-

erkennen schwer; eine rhythmische Gliederung nahm diese Versuchsperson nicht vor, sodaß die Innehaltung des Tempos beim Lernen und Hersagen schwer fiel. Das langsamste Tempo war ihr daher bequem oder unbequem, je nachdem sich die Silben leicht oder schwer mnemotechnisch gliedern ließen; das Wiedererkennen erfolgte lediglich infolge bestimmter, sehr treuer Reproduktionen, sodaß bei deren Zurücktreten einige alte Reihen für neu gehalten wurden, innerhalb der Pause fanden Wiederholungen und Antizipationen von Silben und Gruppen statt; die beiden schnellsten Tempos wirkten zuerst erregend und unangenehm, wurden aber dann bequemer. Die Ergebnisse der Selbstbeobachtung finden ihre Bestätigung in dem wahrscheinlichen Fehler; er war für K. klein beim zweitlangsamsten und schnellsten, groß beim langsamsten Tempo; für S. war er klein bei dem mittleren und zweitschnellsten Tempo und im allgemeinen kleiner als bei den beiden anderen Versuchspersonen; für E. war er klein bei den drei langsamen Tempos.

Schnellere Geschwindigkeiten: 15.85, 11.15, 8.9, 7.53 und 6.45 Sek. Dauer einer Reihe kamen zur Anwendung in der zweiten Runde, wo die Pause zwischen zwei Reihen wieder stets 2.8 Sek. betrug, auch die Fläche und Sichtbarkeitsdauer jeder Silbe die nämliche wie in der ersten Runde blieb, aber die Abstände zwischen zwei Silben kleiner wurden, sodaß ein Trommelumfang mit zwei Reihen beschrieben war; je acht Reihen wurden in jeder der fünf Geschwindigkeiten gelernt; die Repetition erfolgte schon nach 24 Stunden, und zwar bei drei Reihen im Tempo des Erlernens, bei den anderen in einem davon verschiedenen. Die Versuchspersonen sind die nämlichen wie in der ersten Runde. Auch hier ist die kleinste Zahl von W. im Erlernen beim langsamsten Tempo, sie steigt dann ziemlich proportional dem Geschwindigkeitszuwachs bei K., bei S. langsamer und beim Em. schneller. Die Lernzeit ist am günstigsten bei dem mittleren Tempo, das sich auch der Selbstbeobachtung am vorteilhaftesten erwies. Die Zahl der W. beim Wiedererlernen steigt ebenfalls mit zunehmender Geschwindigkeit, aber langsamer als die beim Erlernen. Eine Kombination der Werte für W. und Z. läßt für K. und Em. das langsamste, für S. das mittlere Tempo am vorteilhaftesten erscheinen. Das Wiedererlernen ist am günstigsten, wenn es im Tempo des Erlernens erfolgt, sodaß auch die gleichen motorischen und rhythmischen Begleiterscheinungen sich von selbst einstellen; nur bei den sensorischen Typen S. und Em. ist ein geringer Vorteil bei Beschleunigung eines langsamen Lerntempos vorhanden. In den Repetitions-werten bei gleichem Tempo für Erlernen und Wiedererlernen bestätigt sich die von *Ebbinghaus* konstatierte Ausgleichungstendenz; sowohl beim Erlernen wie beim Wiedererlernen gibt es eine ziemlich feste Grenze für die Zahl von W., die nur von der Zwischenzeit zwischen beiden abhängt; Schnell-lerner weisen daher eine geringere Ersparnis als Langsamler auf, aber gleichwohl bleiben die Repetitions-werte jener nur selten hinter denen dieser zurück; es ist also des Schnelllernen zeitlich ein Vorteil „infolge einer vor-

züglicheren Mechanik des Lernens“, während das langsame Lernen ein zuverlässigeres Gedächtnis bedingt „infolge einer besseren Aneignung und Beherrschung des Stoffes“; dort sind die Repetitionsziffern, hier die Ersparniswerte maßgebend. Sodann herrscht bei derselben Versuchsperson ein Parallelismus zwischen Erlernen und Wiedererlernen bei allen Geschwindigkeiten mit Ausnahme von „früh“ oder „spät geglückten“ Reihen und den schnellen Tempos, wo die Schwierigkeiten und Erregungen des Erlernens bei der Repetition wegfallen; schließlich besteht aber wahrscheinlich infolge einer unbewußten Einstellung der Versuchsperson eine starke Tendenz, bei Repetitionen von gleicher Geschwindigkeit auch die nämliche Zahl von W. zu gebrauchen. Die Selbstbeobachtungen ergaben annähernd das nämliche wie in der ersten Runde. Auch hier wurde das Tempo nur im Verhältnis zu dem unmittelbar vorhergehenden beurteilt, nur das langsamste Tempo erschien für sich bereits als sehr bequem; bei den schnelleren Tempos war die Aufmerksamkeit besser konzentriert und konstanter, daher und infolge des Übungsfortschrittes sind die Werte der zweiten Runde regelmäßiger als die der ersten Runde. Das Wiedererkennen war bei K., bei dem nur selten Reproduktionen auftraten, auf den „Gesamteindruck von motorischen, akustischen und visuellen Bestandteilen der ganzen Reihe“ gegründet: Em. erkannte alle Reihen wieder, und zwar bei den beiden langsamen Tempos auf Grund von Reproduktionen, bei den schnelleren vermittelt der akustischen Natur der ganzen Reihe, wie auch sonst bei dieser Versuchsperson die akustischen Eindrücke von Silben und Gruppen sehr lebhaft waren; bei S. war das Wiedererkennen wieder unzuverlässig, da er voreilige Schlüsse aus der Bekanntheitsqualität einer oder zweier Silben zog. Die Erinnerung an das Lerntempo war bei allen Versuchspersonen an mittelbare Faktoren (Grad der akustisch-motorischen Festigkeit der Reihenglieder namentlich bei schnelleren Tempos für K. und S., Möglichkeit zur Mnemotechnik namentlich bei langsameren Tempos für Em.) gebunden, sodaß die Versuchspersonen selbst im unklaren über das Wiedererkennen des Tempos waren. Die Gliederung war die nämliche wie in der ersten Runde. Alle Versuchspersonen stellten ihre Aufmerksamkeit auf schwierige Stellen besonders lebhaft ein. Was endlich die einzelnen Tempos anlangt, so war für K. das langsamste bequem zum Lernen, es ermöglichte Antizipationen und Wiederholungen, machte die rhythmische Gliederung fast illusorisch, indem die Silben oft zu zweien gelernt wurden, sodaß nach wenigen Lesungen die zweite von der ersten von selbst reproduziert wurde; bei dem nächstschnelleren Tempo hemmten sich mechanisches und bewußtes Lernen, welches halb akustisch halb optisch war; beim mittlerem Tempo wurden die einzelnen Silben ganz mechanisch nach vorwiegend akustisch-motorischer Art gelernt, die Aussprache war erschwert und das Bewußtsein richtete sich mehr auf Gruppen als auf einzelne Silben; diese Symptome waren verstärkt bei dem zweitschnellsten Tempo; bei dem schnellsten war eine gewisse Aufregung bemerkbar, erst nach einigen Lesungen war die Reihe richtig aufgefaßt, das Lernen war ganz

mechanisch und vorwiegend **akustisch**. S. reproduzierte wieder viel und **füllte** die Pausen mit Wiederholungen aus bei den beiden langsamen Tempos, **während** bei dem mittleren Tempo diese Hilfen fast ganz wegfielen, aber die **nähere** Vereinigung der Silben einer Gruppe einen „angenehmen Totaleindruck **nach** akustisch-motorischer Art“ lieferte; noch stärker waren wieder diese Symptome bei dem zweitschnellsten Tempo; bei dem schnellsten Tempo **hatte** diese Versuchsperson weder beim Lesen noch beim Sprechen eine **Aufregung** oder sonstige Schwierigkeiten. Em. lernte mnemotechnisch bei dem **langsamsten** Tempo; erschwert war dies bereits bei dem nächsten, aber **gleichwohl** sehr angenehmen Tempo; das mittlere erschien rasch und erlaubte **noch** weniger Hilfen; bei dem zweitschnellsten war das Lernen rein mechanisch und die ersten Lesungen ermüdeten, da sie erhöhte Aufmerksamkeit und **intensive** Einstellung verlangten; beim schnellsten Tempo war **Aufregung**, **Schwierigkeit** zu lesen und zu sprechen vorhanden, so daß erst bei der **fünften** oder **sechsten** Wiederholung die Reihe richtig aufgefaßt wurde, das Lernen war optisch und akustisch, Gruppierung und Rhythmisierung im Vier-, Drei- oder Zweitakte trat leichter als sonst auf. Der wahrscheinliche **Fehler** stimmt wieder zur Selbstbeobachtung; infolge des Übungsfortschrittes ist er kleiner als in der ersten Runde; er ist am kleinsten für K. beim mittleren und schnellsten, für Em. bei dem langsameren und für S. beim schnellsten Tempo.

Eine dritte Versuchsgruppe diente zur Kontrolle der ersten Runde; in jeder bei dieser schon verwandten Geschwindigkeit wurden je vier Reihen erlernt; die Pause zwischen je zwei Reihen war stets 2.8 Sek., jede Reihe wurde nach 14 Tagen im Tempo des Erlernens wiedererlernt. Durch den Übungsfortschritt waren die Werte für W. und Z. kleiner und regelmäßiger und das Lernen erfolgte wieder mehr bewußt. Bei allen Versuchspersonen, welche die nämlichen wie in den bisherigen Versuchen waren, findet sich im Erlernen wie Wiedererlernen die kleinste Zahl von W. bei dem langsamsten Tempo, um dann bei K. und Em. proportional der Geschwindigkeitszunahme zu wachsen, während sie bei S. nur sehr wenig wächst. K. brauchte halb so viel W. wie bei den entsprechenden Tempos der zweiten Runde; für Em. gilt dies nur bei dem schnellsten und zweitlangsamsten Tempo, während sonst die Differenz zwischen den beiden Runden kleiner ist; bei S. endlich ist diese Differenz verschwindend klein, nur bei dem schnellsten Tempo zeigt die zweite Runde eine bedeutend größere Zahl von W. als die Kontrollrunde; für S. sind also die schnelleren Tempos, bei denen die sensorischen, namentlich optischen Bestandteile gut zur Geltung kommen, von großem Vorteil. All dies gilt aber nur vom Erlernen, beim Wiedererlernen unterscheiden sich die W.-Zahlen der beiden Runden nur wenig. Die Lernzeit ist am günstigsten für K. beim mittleren, für S. beim schnellsten und für Em. beim zweitlangsamsten Tempo. Eine Kombination der Werte für W. und Z. stellt für K. das zweitlangsamste als das vorteilhafteste hin, während das langsamste unangenehm und „entsetzlich langsam“ war, ob-

gleich es objektiv sich durchaus nicht unzumutbar für ihn gestaltete und nur das schnellste Tempo mit seinem Übergange vom bewußten zum mechanischen Lernen störend wirkte; für diese Versuchspersonen sind also die langsamen Tempos vorteilhaft, wo geistige Energie durch ruhiges und gleichmäßiges Lernen bei wenigen Wiederholungen gespart wird. Für S. ergab das schnellste Tempo die kleinste Lernzeit, aber größer als diese Ersparnis ist die der W. bei dem zweitlangsamsten Tempo, sodaß auch für diese Versuchsperson das bewußte Lernen im ganzen vorteilhafter ist, als ein unvollkommen mechanisches Lernen, wie es bei diesen geringen Geschwindigkeiten nur möglich war; sie richtete ihre Aufmerksamkeit mehr auf eine enge sensorisch-motorische Verbindung als auf die Einprägung der einzelnen Silben. Die Pausen zwischen Reihen oder Silben füllte sie mit Reproduktionen von Silben und Bildern aus, ihre Ersparniswerte waren mehr vom Tempo als von dem Intervall zwischen Erlernen und Wiedererlernen abhängig. Für Em. war das zweitlangsamste Tempo das vorteilhafteste, da es das mnemotechnische Verfahren und die Anwendung sinnvoller Assoziationen ermöglichte, während das langsamste Tempo zu „langweilig und zerrissen“ war; je nach Umständen ist für diese Versuchsperson ein sensorisch-mechanisches oder mnemotechnisch-bewußtes Lernen zweckmäßig. Ein Vergleich der Kontrollrunde mit der ersten Runde zeigt für K. einen fast vollständigen Parallelismus in den Werten und abgesehen vom schnellsten Tempo einen bedeutenden Übungsfortschritt; dieser ist am geringsten bei S., der die schon in der ersten Runde beobachtete Grenze von zehn W. für das Erlernen bei allen mittleren Tempos auch hier innehielt; Em. weist einen Übungseinfluß nur in den drei langsamen Tempos auf. Der Selbstbeobachtung nach wirkte im allgemeinen die Wiederkehr der langsamen Tempos unangenehm, erschwerte die Konzentration der Aufmerksamkeit, obgleich die wahrscheinlichen Fehler für K. hier kleiner als in der zweiten Runde sind. Alle Versuchspersonen merkten ferner einen deutlichen Unterschied zwischen dem schnellsten Tempo und den übrigen. K. klagte über Ablenkungen besonders beim langsamsten und schnellsten Tempo, bei letzterem konnte er die akustischen Faktoren nicht genügend für das Lernen verwerten. S. konnte das in der zweiten Runde eingeübte motorische Lernen nur bei den beiden schnellsten Tempos anwenden und Reproduktionen waren nur in geringem Maße vorhanden. Em. gruppierte zu je vier Silben zuerst zufällig, dann gewohnheitsmäßig, beim schnellsten Tempo kam er so zu einer Rhythmisierung; bei allen Tempos assoziierte er, nur beim schnellsten war es erschwert. Das Wiedererkennen stützte sich bei allen Versuchspersonen auf die Erinnerung einzelner durch Assoziationen oder sonstige Merkmale ausgezeichnete Silben, nur beim schnellsten Tempo imponierte zuweilen die ganze Reihe als bekannt. Die Ziffern für das Wiedererlernen laufen denen für das Erlernen ziemlich parallel; die größten Ersparniswerte erzielten infolge der Verschiedenheit im Typus Em. und S. beim schnellsten, K. beim mittleren Tempo. Die kleinsten wahrscheinlichen Fehler sind für S. und Em.

beim zweitlangsamsten Tempo, während K. in allen Tempos sehr ruhig lernte.

Schließlich wurden an Em. und S. nach Art der ersten Runde Versuche angestellt unter der Bedingung, daß jener alle mnemotechnischen und assoziativen Hilfen, dieser alle Reproduktionen und Wiederholungen von Reihenteilen während der Pausen vermied; die Repetition erfolgte nach 24 Stunden im Tempo des Erlernens. Die Zahlen wurden infolge des Ausfalls der Hilfen größer und unregelmäßiger, als in der vorhergehenden Runde. Die Werte für W. sind wieder am kleinsten bei dem langsamsten Tempo, steigen dann allmählich, aber für S. langsamer als die Geschwindigkeiten, auch liegt für ihn im Erlernen wie Wiedererlernen der günstigste Zeit-Wert bei dem schnellsten Tempo; ein Vergleich mit den Ergebnissen der Kontrollrunde zeigt, daß das Erlernen bei ihm durch Ausschaltung der Hilfen nicht erschwert war, solange das Tempo für ein mechanisches Lernen bequem war; bei einer Kombination der Werte für W. und Z. unterscheiden sich die Geschwindigkeiten nicht wesentlich voneinander, vielleicht weil S. bei geringen Geschwindigkeiten Reproduktionen nicht ganz unterdrücken konnte. Bei Em. wachsen die W.-Zahlen proportional den Geschwindigkeiten, und das langsamste Tempo ist das vorteilhafteste, wenn es auch den größten Z.-Wert aufweist; für diese Versuchsperson ist das mnemotechnische Verfahren eine große Erleichterung, wie die große Differenz zwischen den Zahlen dieser Runde und denen der Kontrollrunde bei dem langsamsten Tempo beweist, andererseits ist diese Differenz auch bei dem schnellsten Tempo, das schon in der Kontrollrunde die Mnemotechnik ausschloß, noch so erheblich, daß sie nicht allein durch den Wegfall der Mnemotechnik, der übrigens Em. sehr nahe an K. bringt, zu erklären ist; Em. unterstützte das Lernen durch jambische Gliederung, sodaß oft zwei Silben zu einem Ganzen vereinigt wurden, zuweilen kam auch eine Gruppierung zu vier Silben vor, übrigens war die Erinnerung an die Art der Gliederung sehr schwach. Das Wiedererkennen war bei beiden gut, aber stützte sich nur auf schlecht unterdrückte Assoziationen oder auf eigentümliche Laute oder optische Erinnerung für eine oder mehrere Silben. Die kleinste Zeit fiel bei beiden Versuchspersonen im Wiedererlernen auf dasselbe Tempo wie im Erlernen; dieser Parallelismus findet sich auch bei den W., nur fällt ihr kleinster Wert in der Repetition auf das zweitlangsamste, im Erlernen auf das langsamste Tempo. Der wahrscheinliche Fehler ist für S. beim schnellsten, für Em. beim mittleren Tempo am kleinsten, aber auch bei den übrigen Tempos, mit Ausnahme des zweitschnellsten, ziemlich klein.

In den Versuchen mit sinnvollem Material kamen beschreibende Gedichte aus je acht Verszeilen, von denen die geraden sich reimten und jede acht Silben enthielt, zur Anwendung. In der ersten Gruppe von 25 Versuchsreihen wurde in den Tempos der zweiten Runde, so daß je fünf Reihen zu einem Tempo gehörten, gelernt. Durch Benutzung von zwei Trommeln, deren eine an einer mit dem Kymographion fest verbundenen Bank in

Schlittenführung beliebig einstellbar war, konnten Papiermäntel verschiedenen Umfangs in Umlauf gesetzt werden. Die Abstände zwischen je zwei Silben gleichen denen der zweiten Runde und zwischen je zwei Gedichte schob sich wieder eine Pause von 2,8 Sek.; repetiert wurde nach sieben Tagen, und zwar drei Reihen in jeder Geschwindigkeit. Diese Versuche sind nur an K. vollständig durchgeführt. Die Zahl der W. ist wieder am kleinsten bei dem langsamsten Tempo, ihr Zuwachs beim schnellsten Tempo ist der Geschwindigkeitszunahme annähernd gleich: bei S. sind die Zunahmen kleiner, sodaß das schnellste Tempo am vorteilhaftesten ist, während das Gegenteil bei Em. der Fall ist. In zeitlicher Beziehung ist für alle Versuchspersonen das zweitschnellste Tempo das günstigste. Im allgemeinen ist also für sinnvolles Material ein schnelleres Tempo als für sinnloses vorteilhaft, obgleich jenes voll bewußt gelernt wurde. Dies Ergebnis wird auch durch die Lernzeiten bestätigt. Diese wie die W. sind übrigens diesmal am größten bei Em., bei dem die Verschiedenheit des Tempos keinen eindeutigen Einfluß zeigt, während sie für S. bei den schnellen, für K. bei den langsamen Tempos geringer ausfallen. Diesen Vorteil sinnvollen Materials erklärt Verf. durch den logischen Zusammenhang, sodaß schon nach der ersten Lesung „ein das Ganze umfassender Bedeutungskonnex“ hergestellt sein kann, die Silben nicht gleichwertig sind, sondern die den Sinn tragenden Hauptwörter besonders apperzipiert werden, während die nebensächlichen Wörter „erst durch Übung einigermaßen von selbst in ihre richtigen Stellungen“ kommen; auch ist sinnvolles Material leichter als sinnloses mechanisch zu erlernen, indem man gewohnheitsmäßig schon dem Klange nach beurteilen kann, ob die Worte an richtiger Stelle stehen und einen sinnvollen Zusammenhang bilden; die beim Erlernen sinnlosen Materials so scharf ausgebildeten elementaren Bestandteile bleiben daher hier zunächst dunkel und unbestimmt. Im übrigen glich das Erlernen von sinnvollem Material dem von sinnlosem. Auf Grund der Selbstbeobachtung erklärte K. das langsamste Tempo als zu langsam, sodaß die einzelnen Silben, namentlich die zu einem Worte gehörigen sehr zerrissen waren, die Tendenz rascher zu sprechen sich schwer unterdrücken ließ. Antizipationen wie Einstellung eine große Rolle spielten, auch der gleiche Zeitaufwand auf alle, nicht gleichwertigen Silben störte, und schließlich der gesamte Zusammenhang erst relativ spät zustande kam; die nämlichen Symptome waren noch beim nächsten Tempo vorhanden und erst das mittlere ermöglichte ein bequemerer Hersagen, stärkere Konzentration der Aufmerksamkeit und mechanisches Lernen; am bequemsten war das zweitschnellste Tempo, wo nur noch geringe Antizipation und keinerlei Erregung herrschte; das schnellste Tempo erschwerte zuerst das Lesen, sodaß erst nach etwa drei Lesungen eine Apperzeption des Materials sich einstellte, war aber für das Hersagen und mechanische Lernen günstig. Auch für S. war das langsamste Tempo unangenehm, das nächste war schon bequemer und ermöglichte viele lebhaft Bilder und sonstige Reproduktionen und das Achten auf den Bau der Gedichte (Vergleichungen, Gegensätze, Alliterationen etc.); das mitt-

lere und zweitschnellste Tempo war angenehm, beim schnellsten war das Lernen mechanisch, Reproduktionen traten seltener auf, nur anfangs war das Lesen schwierig und unangenehm. Em. war gegen Metrum und Reim gleichgültig, machte nicht die Idee des ganzen Stoffes, sondern kleine zufällige Zusammenhänge zum Bande zwischen den einzelnen Silben; die ersten Lesungen waren mechanisch und tonlos und erst dann kam die rhythmische Gliederung zur Geltung; die Worte schienen im Bewußtsein optisch und akustisch vorgestellt zu sein; die Erlebnisse in bezug auf die verschiedenen Tempos sind die nämlichen wie bei den beiden anderen Versuchspersonen. Bei den Repetitionen, die nur bei K. vollständig angestellt sind, war die kleinste Zahl von Z. und W. bei denselben Tempos wie beim Erlernen vorhanden.

Neben diesem „kontrollierten Lesen“ kam auch ein „freies Lesen“ des sinnvollen Materials zur Anwendung. Hierbei machte ein Deckblatt alle nicht zugehörigen Wörter auf der aufgeschlagenen Buchseite unsichtbar; auf ein Signal hin las die Versuchsperson den Text bis zum ersten freien Hersagen; die Zeit wurde auf einer bewußten Trommel eines Runneschen Kymographion registriert und zwar in Form zweier Signale, von denen das eine ein $\frac{1}{5}$ Sek. anzeigender Jaquetscher Chronograph, das andere mit einem elektromagnetischen Schreiber in Verbindung war, so daß der Versuchsleiter jede gelesene Zeile mittels Schluß und Öffnung des Stromes aufzeichnen konnte. Bei Beginn der Lesung wurde Chronograph und Trommel gleichzeitig in Bewegung versetzt und der Strom geschlossen; so waren Zeitverbrauch, Verlänge und Pause ablesbar. In drei Geschwindigkeiten: einer mittleren und subjektiv bequemen, einer möglichst raschen und einer ausgesprochen langsamen wurde gelernt. Die Repetition erfolgte nach sieben Tagen. Bei K. waren die drei Geschwindigkeiten deutlich voneinander unterschieden und ihre Ergebnisse unter sich ziemlich konstant; bei S. dagegen schwankte die mittlere, indem sie allmählich rascher wurde, zuerst sogar innerhalb ein und desselben Versuchs, sein langsames Tempo entsprach im allgemeinen dem mittleren, und die beiden anderen dem schnellen Tempo K.s; an Em. wurden diese Versuche nicht angestellt. Bei den Repetitionen von Versuchen, die zuerst schnell oder langsam gelernt wurden, wurde die Versuchsperson zuweilen aufgefordert, andere Tempos zu wählen. Der Durchschnitt der Aufeinanderfolge ist für beide Versuchspersonen stets mitgeteilt. Die geringste Zahl von W. ist im Erlernen und Wiedererlernen wiederum bei dem langsamen Tempo, nur für S. ist im Wiedererlernen kein Unterschied zwischen dem langsamen und mittleren Tempo; die Lernzeit ist für K. beim schnellen Tempo am kürzesten, sowohl im Erlernen wie in der Repetition, welche eine starke Tendenz zur zeitlichen Ausgleichung der Resultate zeigte; bei S. sind alle Zeitwerte im Erlernen wie Wiedererlernen annähernd gleich. Die Kombination der Zahlen für Z. und W. läßt auch hier für K. ein ziemlich langsames Tempo am vorteilhaftesten erscheinen, das gleiche im Wiedererlernen, während in der Repetition ein rascheres Tempo bei

Ein Vergleich mit den Zahlen beim kontrollierten Lesen zeigt, daß das freie Lesen mehr als zweimal so rasch bequem erfolgen kann und daß die Ersparnis im Erlernen bei diesem im Vergleich zu jenem 30—40% beträgt. Das Ebbinghausche Ergebnis, daß ein durchschnittlich subjektiv bequemes Tempo etwa 140—150 Jamben in der Minute entspricht, findet sich im großen und ganzen bestätigt, nur fiel es hier etwas langsamer aus, vielleicht infolge der relativ kleinen Übung. Dagegen findet die Ebbinghausche Behauptung, daß für sinnvolles Material ein Tempo von 200 Jamben in der Minute vorteilhaft ist, nur teilweise Bestätigung, insofern dies für beide Versuchspersonen von einem langsameren Tempo gilt. Nach den Selbstbeobachtungen K.s waren bei der subjektiven Einstellung auf ein bestimmtes Tempo Stockungen abnorm unlustbetont und zerstreugend, Worte wurden leicht verstellt, eine Verschiedenheit von Gegenständen in zufälliger Beziehung zueinander erschwerte das Lernen und bedingte einen größeren Zeitverbrauch. Bei dem langsamen Tempo lernte K. bewußt mit Antizipationen und Reproduktionen von Textteilen; für das Hersagen hätte dieses Tempo rascher sein können; beim mittleren Tempo waren Einprägung und Antizipation weniger bemerkbar; beim schnellen Tempo war eine besondere Anspannung der Aufmerksamkeit nötig, das Aufsagen erfolgte mechanisch, ohne daß die Versuchsperson vorher wußte, ob es gelingen würde; die Lernweise war größtenteils akustisch-motorisch und das Verständnis erschien nicht notwendig für das „weitere Hersagen“. Bei S. wirkten lebhafte Assoziationen und die Tendenz, sich in das Bild der geschilderten Situation zu versenken, mit, wodurch die unwillkürliche Steigerung des Tempos nach einigen Lesungen sich ergab; die anfänglich ausdrucksvolle Rezitation wurde dann wegen der zeitlichen Unregelmäßigkeiten vermieden; die Aufforderung, langsam zu lesen, erregte Unlust; das mittlere Tempo war angenehm, ermöglichte viele Reproduktionen und lebhafte „Gefühlsvorstellungen“; beim schnellen waren die Auffassung etwas erschwert, die Reproduktionen weniger deutlich und Fehler vorhanden. Der wahrscheinliche Fehler ist für beide Versuchspersonen am geringsten beim schnellen, am größten für K. bei dem langsamen und für S. bei dem mittleren Tempo.

Soweit die, wie Verf. selbst zugibt, „etwas zerstreut liegenden“ Ergebnisse, die im letzten Kapitel unter Zugrundelegung einer neuen tabellarischen Zusammenstellung und graphischer Veranschaulichung noch einmal zusammengefaßt werden. Die wesentlichsten Sätze dieses Abschnittes sind folgende: Das Wachstum der W. bei steigender Geschwindigkeit ist individuell verschieden. Für K. ist im Erlernen das langsamste der angewandten Tempos (2,6 Sek. Sukzessionsgeschwindigkeit zweier benachbarter Silben, 0,7 Sek. Sichtbarkeitsdauer einer Silbe), für Em. das zweitlangsamste (1,7 Sek. Sukzessionsgeschwindigkeit, 0,5 Sek. Sichtbarkeitsdauer), für S. das mittlere Tempo (Sukzessionsgeschwindigkeit 0,7 Sek., Sichtbarkeitsdauer 0,4 Sek.) am vorteilhaftesten. K. bewältigt am schlechtesten, Em. am besten sinnlosen Stoff. Trotzdem läßt sich nicht mit Sicherheit ein individueller Unterschied

in bezug auf die subjektiv bequeme und objektiv günstige Geschwindigkeit konstatieren, da S. sehr geschickt im mechanischen Memorieren war, K. dagegen bewußt lernte, jener also die große, dieser die geringe Geschwindigkeit bevorzugen mußte. Es läßt sich in bezug auf die Lernzeit nur sagen, daß das beste mechanische Erlernen sinnlosen Stoffes sich bei einer Sukzessionsgeschwindigkeit von ungefähr 0,5 Sek., wobei die verschiedenen Lernweisen infolge einer Übereinstimmung der Lernelemente sich in gewissem Maße ausgleichen, vollzog; dieses Lernen ist charakterisiert durch höchst konzentrierte Aufmerksamkeit, die sich mehr auf Gruppen als auf einzelne Silben richtet („kollektive“ Auffassung), durch Benutzung akustisch-motorischer Faktoren und rhythmischer Gliederung, Ausschaltung direkter Reproduktionen und das Vorhandensein von einem bewußten Moment nur noch in bezug auf das ganze Stück. Bei schnellerem Tempo kamen wohl motorische Faktoren und Rhythmus besser zur Geltung, aber Lese- und Sprechschwierigkeiten und eine gewisse Erregung traten auf, sodaß erst nach 3—5 Lesungen das zu erlernende Material recht bewußt ward. Bei langsamerem Tempo wiederum stellten sich assoziative Verbindungen mit einzelnen Silben ein, wie überhaupt der bewußte Faktor größer wird; die optimale Sukzessionsgeschwindigkeit bei dieser „singulären Auffassung“ ist 1,5 Sek., dieses Tempo war für das Behalten nicht ungünstig, wenn es sich um Versuchspersonen wie K. handelte, denen die Konzentration der Aufmerksamkeit keine Schwierigkeiten machte, während S. durch diese Verlangsamung leicht abgelenkt wurde; Em. ist für beide Lernweisen, die bewußt-mnemotechnische und rein mechanische geeignet, wenn auch letztere anfangs ihm einige Schwierigkeiten bereitete. Es läßt sich also nicht mit *L. Steffens* zwischen sensorisch intellektuellem und motorischem Lernen, sodaß für jenes das rasche, für dieses das langsame Tempo günstig wäre, unterscheiden, vielmehr ist das motorische Lernen stets mit sensorischen Elementen verbunden und man muß zwischen bewußtem langsamen und mechanischem raschen Lernen unterscheiden, erst durch diese verschiedene Lernweise hindurch wirkt der Typus. — Vergleicht man das mittlere und zweitschnellste Tempo der Kontrollrunde mit dem langsamsten der zweiten Runde, so daß die Sukzessionsgeschwindigkeit annähernd dieselbe, aber die Sichtbarkeitsdauer ziemlich verschieden ist, dann zeigt sich für K. die größere Sichtbarkeitsdauer mit einer größeren Lernzeit verbunden, während für Em. und S. das Gegenteil der Fall ist, so daß für diese die größere Sichtbarkeitsdauer im Erlernen wie im Wiedererlernen, in der Zeit wie in der Wiederholung am vorteilhaftesten ist; allerdings war in den genannten Tempos die Pause bei der Kontrollrunde dreimal so groß wie bei der zweiten Runde. — Die erwähnte Tendenz zur Ausgleiche bei den verschiedenen Tempos ist für die Lernzeiten stärker als für die W.-Zahlen und bei K. am meisten, bei Em. am wenigsten ausgebildet. Bei einer Repetition in gleicher Geschwindigkeit sind ferner die Zeitwerte bei allen Versuchspersonen annähernd gleich, also unabhängig von dem beim Erlernen angewandten Verfahren; die durchschnittlichen Ersparnisprozent sind

daher einen großen individuellen Unterschied, je nachdem ein oder vierzehn Tage zwischen Erlernen und Wiedererlernen verstreichen. Die Ersparnis nach einem Tage ist bei K. dreimal, bei Em. viermal und bei S. zweimal so groß wie die nach vierzehn Tagen; übten bei den ersten beiden Versuchspersonen die Geschwindigkeitsunterschiede keinen ausgesprochenen Einfluß auf das Verhalten der Ersparnisprozente aus, so waren bei S. die langsamen Tempos des Erlernens für das Behalten günstiger, wie ein Vergleich der verschiedenen Runden miteinander zeigt. Für die Repetition ist das vorteilhafteste Tempo nach einer Kombination der Werte für W. und Z. bei K. das langsamste; für Em. und S. das mittlere Tempo der zweiten Runde, also ein schnelleres Tempo als für das Erlernen. Em.s Leistung steht bei der Repetition wieder an erster Stelle, an letzter aber diesmal die von S. — Die an jeder Versuchsperson vorgenommene Typenprüfung erfolgte nach sechs Methoden, von denen eine auf *Kraepelin* und *Cohn*, je zwei auf *Müller-Schumann* und *Bourdon* zurückzuführen sind; als die vorteilhafteste bezeichnet Verf. die *Cohnsche* Methode; auch gelegentliche Beobachtungen über den Wert der Vokale gegenüber den Konsonanten wurden herangezogen. Es zeigte sich K. vorwiegend akustisch, aber auch motorisch, Em. entschieden optisch und zugleich akustisch, S. hauptsächlich optisch, zugleich aber auch motorisch; infolge des optischen Charakters lernten S. und Em. vorteilhaft bei langer Sichtbarkeitsdauer; der Vorteil an Zeit, den K. bei mechanischem Lernen aufweist, ist bedingt durch den akustischen Zusammenhang, die Melodie und die konzentrierte Aufmerksamkeit. Der Ausgleich der individuellen Differenzen beim schnellen Tempo beruht auf dem gleich hohen Grad der Aufmerksamkeit, dem engeren Zusammenhang der einzelnen Glieder und der Übersicht über die ganze Reihe. — Was endlich den Einfluß des Rhythmus, der zuweilen noch durch den der Melodie unterstützt wird, anlangt, so schlägt ihn Verf. sehr hoch an: selbst bei Em. trat er bei einem gewissen Tempo hervor und den beiden anderen Versuchspersonen waren die langsamen Tempos unangenehm, größtenteils infolge der Unmöglichkeit, den Rhythmus befriedigend anzuwenden. Die zuerst scheinbar zufällige Gruppierung zu je vier Silben bei K. und zu je drei Silben bei S. wurde dann in allen Experimenten festgehalten; im allgemeinen ist bei sehr langsamem Tempo die Gruppierung zu je zwei, und bei sehr schnellem die zu je sechs am vorteilhaftesten, nur wußten hier die Versuchspersonen das einzuschlagende Tempo nicht im voraus.

Wie Verf. selbst betont, ist seine Arbeit nur „vorbereitend und das Gebiet umschreibend“, um so für „einzelne gründlicher auf bestimmte Teilprobleme eingehende Forschungen“ nutzbringend zu werden. Er hält es daher für „verfrüht, bestimmte Thesen zu formulieren und praktische Nutz- anwendungen zu ziehen“; hierfür sei die Anzahl der Versuchspersonen und Versuchsreihen zu gering, eine Variation der Reihenlänge nötig und zur Ermittlung des Einflusses der letzteren wie der Kraft der einzelnen Wiederholungen bei verschiedener Geschwindigkeit nicht nur eine Prüfung nach dem

Ersparnis-, sondern auch nach dem Trefferverfahren oder der *Ebbinghausschen* Methode der Hilfen erforderlich. Unter diesen Einschränkungen ist die vorliegende Arbeit eine sehr nützliche und sorgfältige Untersuchung, namentlich ist die eingehende Analyse der individuellen Unterschiede und Merkmale von hohem praktischen wie theoretischen Interesse und die Abgrenzung der Bedeutung, welche den Werten für Zeit und Wiederholung im Erlernen, Wiedererlernen und in der Ersparnis zukommt, ein methodologischer Fortschritt. Leider jedoch steht Verf. der Nutzbringung seiner mühevollen Arbeit selbst im Wege durch eine überaus ungeschickte und verwirrende Darstellungsweise: nicht nur der sprachliche Ausdruck und die syntaktische Verbindung, sondern auch die tabellarische Anordnung bereitet dem Leser zuweilen geradezu verzweifelte Schwierigkeiten; Ergebnisse von offenbar allgemeiner Gültigkeit werden bei Behandlung eines bestimmten Tempos mitgeteilt; die Werte für Zeit und Wiederholung werden in der Darstellung oft bunt durcheinander gemischt und noch weniger konsequent ist diese Trennung für Erlernen, Wiedererlernen und Ersparnis durchgeführt; ein und dasselbe Resultat wiederholt sich öfter und nicht selten an unrichtiger Stelle; auch Widersprüche fehlen nicht (für K. ist z. B. nach S. 170 das langsamste Tempo in der Kontrollrunde und zweiten Runde, nach S. 176 aber das mittlere Tempo dieser beiden Runden am vorteilhaftesten; K. wird ferner stets als intellektueller Typus mit bewußtem, langsamem Lernen hingestellt und doch wird S. 176 seine unwillkürliche Bildung von Einheiten zu je vier Silben als „kollektive“ Auffassung und Zeichen mechanischen Lernens bezeichnet etc.). Das Intervall zwischen Lernen und Wiedererlernen in den Vorversuchen ist nicht angegeben. Das indirekte Sehen der Silben beim freien Hersagen dürfte infolge seiner störenden Wirkung kaum zweckmäßig sein.

Wreschner, A., Zur Psychologie der Aussage. Archiv für die gesamte Psychologie I. Bd. S. 148—183. Leipzig. W. Engelmann.

Nach eingehendem Bericht über die gleichnamige Arbeit *Sterns* hebt Verf. an dieser folgende Mängel hervor: 1. Willkür in der Verrechnung nach doppelten, ganzen und halben Fehlern, je nachdem es sich um „die eigentlich integrierenden und besonders stark in die Augen fallenden Bestandteile“ handelt oder nicht; 2. Vernachlässigung der Auslassungen; 3. Unklarheit über die Zerlegung jeder Aussage „möglichst in ihre Elemente“; 4. Schwierigkeit in der Beurteilung und Verwertung von Vermutungen und Deutungen; 5. Nichtbeachtung der Zeit, welche ein Bericht verlangte; 6. Undeutlichkeit der Bilder im Interesse der Lebenswahrheit. Auf Grund dieser Bedenken setzte Verf. an die Stelle der *Sternschen* Berichtsmethode ein neues Verfahren, das er die Prüfungsmethode nennt. Hierbei wurden Versuchspersonen die nämlichen Themata, welche den *Intelligenz* nach *Stern* erschöpften, schriftlich beantworten; die Reihenfolge

samt den Antworten ausführlich mitgeteilt werden, war eine konzentrische: die Versuchspersonen hatten sich z. B. zunächst über die Existenz einer Person zu äußern, dann ihre Kleidungsstücke aufzuzählen und dann die Eigenschaften der letzteren anzugeben; eine nachherige Kontrolle war ausgeschlossen durch einen entsprechenden Wechsel der Zettel, auf denen die Antworten aufgeschrieben waren. Auf diese Weise waren für alle Versuchspersonen gleiche Bedingungen geschaffen, jeder mußte sich zu denselben Themen, und zwar angesichts deren Eigenart zu allen Einzelheiten des Bildes in positiver oder negativer Weise äußern, so daß die Anzahl der Angaben, Fehler und Auslassungen genau bestimmbar ist und letztere sind nicht das eine Mal einem Versehen, das andere Mal einem Nichtwissen, sondern stets eindeutig nur dem letzteren zuzuschreiben. Diese Methode entspricht ferner der beim Zeugenverhör, aber vermeidet durch die Themaform im Gegensatz zur Frageform wie auch durch die Themenanordnung möglichst jede Suggestion. Sonst wurden die Versuche unter den nämlichen Bedingungen wie die *Stern*-schen und auch unter Benutzung eines schon bei diesen verwendeten Schwarzweißbildes („Großvaterbild“) angestellt; alle 12 Versuchspersonen, die sämtlich Studierende (fünf Herren und sieben Damen) waren, gaben gleichzeitig ihre Antworten, bei 11 Versuchspersonen ging ein primärer, bei 10 auch ein sekundärer Bericht der Prüfung voraus, diese Verschiedenheiten waren durch Zufall gegeben; für zukünftige Versuche schlägt Verf. vor, seine Methode sowohl mit wie ohne vorangehenden Bericht, unmittelbar sowie in verschiedenen Zeitabständen nach der Vorlegung, einmal wie wiederholt an demselben Objekte anzuwenden; auch sollte in Zukunft die Analyse der Vorlage noch genauer, das Thema ganz eindeutig, die Vorlage im Interesse der Konfrontation von Aussage und Wahrnehmung möglichst klar und deutlich sein und die Versuchspersonen endlich sollten dahin unterrichtet werden, unter Vermeidung jedes unnötigen, Verrechnung wie Vergleichbarkeit nur erschwerenden Wortschwall in knappster Form und nur zu dem bestimmten Thema sich jedesmal zu äußern; auf diese Weise dürfte sich jede Bruchrechnung vermeiden lassen. In dieser Arbeit ist es Verf. weniger um die Gewinnung gesicherter Ergebnisse als um den Nachweis der Brauchbarkeit seiner Methode gelegen. Zu diesem Zwecke begnügte er sich auch im Gegensatze zu *Stern* nicht mit der bloßen Berechnung der richtigen und falschen Angaben, — wobei übrigens zu unterscheiden ist zwischen der Unmöglichkeit, spontan einen Gegenstand oder eine Person aufzuzählen, und der Unfähigkeit, über sie bei ihrer Nennung durch den Versuchsleiter keine Angaben machen zu können — sondern betrachtete die Angaben auch unter verschiedenen Gesichtspunkten; ferner beachtete er auch die individuellen Divergenzen bei den Antworten auf ein und dasselbe Thema, ohne jedoch mit Rücksicht auf die nicht ganz zu vermeidende Willkür hier mehr als eine allgemeine Orientierung geben zu wollen; schließlich untersuchte er auch die Beziehungen zwischen dem spontanen Bericht und den durch die Prüfung eingeforderten Antworten. Es zeigte sich zunächst, daß von den laut Prüfung

erforderlichen 1032 Angaben 319 = 31% fehlten, von den 713 gemachten Angaben waren 188 = 26% falsch, so daß nur 525 oder 51% aller nötigen Angaben richtig waren. Die Anzahl der Angaben ist bei der Prüfungsmethode etwa dreimal so groß wie bei der Berichtsmethode, und beim sekundären Bericht größer als beim primären; das gleiche Verhalten zeigen die Fehler, aber ihr relativer Zuwachs ist beim sekundären Bericht im Vergleich zum primären und noch mehr bei der Prüfung im Vergleich zum Bericht größer als der der Angaben. Unter den Wandlungen, welche der primäre Bericht im sekundären und dieser in der Prüfung erfährt, spielt die Umwandlung der Auslassungen in richtige Angaben die Hauptrolle. Es finden sich keine Angaben im Bericht, auf die sich nicht ein Thema der Prüfung bezog. Die Verschiedenheit des Aussageinhalts zeigte sich darin, daß die Farbe im Bericht wie in der Prüfung eine sehr schlechte Erinnerung aufwies — ein Resultat, das noch durch Versuche an bunten Bildern zu bestätigen wäre. Schlecht schnitt auch die Form ab, wiederum ein Ergebnis, das durch Versuche mit Bildern von schärferen Konturen nachzuprüfen wäre. Die Angaben über den Ort waren bei der Prüfung der Zahl nach annähernd normal, aber unternormal falsch, während sie im Bericht übernormal zahlreich aber auch übernormal falsch waren. In bezug auf die Stellung wurden übernormal viele Angaben und abnorm wenige Fehler gemacht, sowohl im Bericht wie bei der Prüfung. Von großem Einfluß war der Unterschied zwischen Angaben über Personen oder Sachen; dort werden mehr Angaben und weniger Fehler gemacht als hier, so daß Umfang wie Treue für sachliche Eigenschaften geringer ist als für persönliche; allerdings tritt dieses Ergebnis bei der Prüfung eindeutiger und klarer hervor als beim Bericht. Auf diese Weise läßt sich auch in objektiv ziffernmäßiger Weise, nicht, wie *Stern* versuchte, durch subjektives Ermessen der Grad der Sinnfälligkeit und Bedeutung der einzelnen Person oder Sache bestimmen, so wurden über die Hauptperson, den Großvater, mehr Angaben und weniger Fehler gemacht als über die mehr nebensächliche Person, den Knaben. Die individuellen Differenzen waren bei der Prüfung geringer als beim Bericht; dort war das Maximum der Angaben und Fehler 68 und 22½, während ihr Minimum 45 und 10½ betrug, die entsprechenden Werte im primären Bericht waren 31 und 3½, 7½ und 0, im sekundären Bericht 38½ und 5, 13 und ½. Die Durchschnittszahl für eine Versuchsperson ist für die Angaben und Fehler bei der Prüfung 57,3 und 15,7, im primären Bericht 18,3 und 2, im sekundären Bericht 19,6 und 2,4. Das Geschlecht war insofern von Einfluß, als die Damen etwas weniger Angaben und merklich weniger Fehler, auch bei prozentualer Berechnung der letzteren, als die Herren machten; dieses Resultat der Prüfung wird in bezug auf die Anzahl der Angaben durch beide Berichte, in bezug auf die Fehler durch den sekundären Bericht bestätigt; hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß hinsichtlich des Zeitabstandes zwischen Vorlegung und Prüfung, dessen Verlängerung die Fehlerzahl vermehrt, die Damen unter durchschnittlich günstigeren Verhältnissen als die

Herren arbeiteten, so daß auch in dieser Hinsicht eine Nachprüfung dringend erforderlich ist.

McC. Gamble, Eleanor A., und Calkins, Mary Whiton, Die reproduzierte Vorstellung beim Wiedererkennen und beim Vergleichen. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorg. Bd. 32 S. 177—199.

Das Wiedererkennen beruht nach *Lehmann* auf assoziierten Vorstellungen, nach *Külpe* und *Titchener* auf diesen resp. der assoziierenden Funktion und auf einem angenehmen Komplex von Organempfindungen, nach *Münsterberg*, *James*, *Ehrenfels* u. a. auf einer spezifischen Bekanntheitsqualität. Die beiden letzten Theorien sind verträglich mit zwei Ansichten über unmittelbares Wiedererkennen, d. h. Wiedererkennen ohne reproduzierte Vorstellungen: die eine Ansicht negiert solche Fälle (*Wundt* und *James*), die andere behauptet ihr Vorkommen (*Höffding*, *Bentley* und *Whipple*). Verf. suchten nun die Haltbarkeit der *Lehmanschen* Theorie zu prüfen, indem 24 Versuchspersonen — 3 geübte und 21 Studierende im ersten Jahreskurs —, die den Zweck der Untersuchung nicht kannten, bei einer Reihe von Gerüchen alle durch diese reproduzierten Vorstellungen womöglich in richtiger Reihenfolge angaben, jede Pause in der Reproduktion, die Bekanntheit oder Unbekanntheit des Geruchs bezeichneten und seinen Namen, wenn er einfiel, unterstrichen. Der Versuchsperson wurden 10 oder 20 Flaschen in einer Sitzung vorgeführt, um daran so lange zu riechen, bis die vom Geruch ausgelösten Reproduktionen zu Ende waren. Zur Vermeidung der Ermüdung wurden Gerüche von stark verschiedener Art nebeneinander in Serien gesetzt. Sehr intensive Gerüche wurden durch Verdünnung abgeschwächt. Als ähnlich galten Gerüche, wenn sie zur selben Gruppe in der gewählten Klassifikation gehörten und als bestimmt verschieden, wenn sie weit getrennt in den Gruppenserien sind. Die gewählte Klassifikation unterschied folgende Gerüche: 1. ätherische, 2. kampherartige, 3. gewürzartige und Anis-Lavendel, 4. Zitronen-Rosen, 5. Mandel- und balsamische, 6. Ambra-Moschus, 7. Allyl-Cacodyl, 8. brenzliche, 9. sehr unangenehme. Durchschnittlich wurden 47 (Max. 63. Min. 23) Gerüche, möglichst als ätherische Öle, verwendet; sie befanden sich in glatten, 15 g enthaltenden Flaschen mit Glaspfropfen; die flüssigen waren vorsichtig auf Baumwolle getropft, die festen mit letzterer gemischt; dann wurden sie durch kräftiges Schütteln wieder frei gemacht, während die Art der Substanz dem Auge, das behufs des Schreibens offen blieb, verborgen blieb. Der Experimentator beobachtete Ausdruck und Bewegung der Versuchsperson und notierte jede „Pause im Nachdenken“. Die Ergebnisse wurden zunächst mit denen ähnlicher Versuche, die *Lehmann* anstellte, verglichen und dementsprechend wird unterschieden zwischen unbekannt und bekannt, Fällen mit und ohne Reproduktion und unter den Reproduktionen wieder zwischen nachfolgenden, augenblicklichen, d. h. dem Wiedererkennen vor-

angehenden oder mit ihm gleichzeitigen, und solchen mit bestimmt angegebenen Namen; endlich wurde die Reproduktion als richtig bezeichnet, wenn die Assoziationen „erklärlich waren auf Grund wirklicher Ähnlichkeit zwischen Gerüchen oder wahrscheinlicher früherer Wahrnehmung des betreffenden Reizes“; sonst war sie falsch. Es zeigte sich nun, daß die geübten Personen mehr Reproduktionen beobachteten als die ungeübten; in einigen Fällen wurde wiedererkannt ohne begleitende Reproduktionen, allerdings mit Ausnahme eines einzigen und obenein noch zweideutigen Falles nur von ungeübten Personen; noch häufiger fehlten Reproduktionen bei unbekannten Gerüchen, vielleicht weil die Aufmerksamkeit auf eine ungewöhnliche Erscheinung instinktiv gesteigert ist; bei unbekannten Gerüchen kamen zuweilen nachfolgende richtige Reproduktionen vor. Namentlich das letzte Ergebnis widerspricht der *Lehmanschen* Theorie, sein relativ häufiges Vorkommen konstatiert Verf. auch in einer zweiten Tabelle, wo er nur Geruchsassoziationen, d. h. Geruchswörter berücksichtigt und die Richtigkeit oder Falschheit sich genauer feststellen läßt: auch hierbei erweisen sich unbekannte wie bekannte Gerüche öfter von richtigen oder von unrichtigen Reproduktionen begleitet; im übrigen zeigt diese Tabelle, daß Reproduktionen auf Grund des Gefühlstones relativ selten vorkommen und häufiger bei bekannten, als bei unbekannten Fällen. Aus einer dritten Tabelle ergibt sich ferner, daß Reproduktionen das Wiedererkennen häufiger begleiten, als ihm vorangehen, dagegen dem Bewußtsein der Unbekanntheit öfter vorangehen als es begleiten; in beiden Fällen ist aber das Nachfolgen der Reproduktion am häufigsten — wiederum eine Tatsache gegen die *Lehmansche* Theorie. Falsche und richtige Reproduktionen zeigen keinen Unterschied in der Zeitfolge. Das „bekannt“ oder „unbekannt“ erfolgte nach Angabe der Versuchspersonen unmittelbar oder verspätet und nach der Aufzeichnung des Versuchsleiters schnell oder zögernd. Betrachtet man daraufhin die Ergebnisse, dann ergibt sich, daß nicht notwendigerweise oder auch nur gewöhnlich das Wiedererkennen mit dem ersten Auftreten der Empfindung zusammentrifft — eine Tatsache, die vielleicht darauf beruht, daß später als die Empfindung die Organempfindung oder Bekanntheitsqualität auftritt. Nur ganz ausnahmsweise stellte sich das Bewußtsein der Unbekanntheit sofort ein; dieses ist nämlich nicht eine bloße Abwesenheit der Bekanntheit, sondern ein bestimmter positiver Bewußtseinsinhalt, der zu dem Bewußtsein des Reizes hinzukommt; letzterem folgt, gemäß einer sehr verschiedenen Anpassung des Organismus an alte und neue Reize, die Stimmung des Wohlbehagens oder das Bewußtsein der Spannung. Folgt daher Wiedererkennen auf Unbekanntheit, dann ist es markanter, als wenn es sofort eintritt. In der Tat gaben die Versuchspersonen selbst 40mal das Bewußtsein der Entspannung und Spannung an. Eine Aussage spricht für die Existenz der Bekanntheitsqualität. Was endlich den Namen anlangt, so bildet er häufiger das Anfangsglied als das Endglied, am seltensten das Mittelglied einer Reproduktionsreihe; die einzige Reproduktion bildete er bei den Geübten (vielleicht infolge

ihrer Gewöhnung an abstrakte Studien) am häufigsten, bei den Ungeübten so häufig wie das Endglied. Die relativ häufige Stellung am Anfang und auch am Schlusse der Reihe erklären Verf. durch den höheren suggestiven Wert des Namens, der dadurch die Reproduktionsreihe einleitet oder schließt, um eine neue von der Versuchsperson unterdrückte zu erschließen. Zum Schluß geben Verf. noch als Bemerkungen der Versuchspersonen an, daß nach allen das Wiedererkennen eines Geruchs nicht notwendigerweise die Kenntnis des Namens einschließt, sondern nur das Bewußtsein, den Geruch schon einmal wahrgenommen zu haben. Niemand erriet den Zweck der Untersuchung und als zwei geübte Versuchspersonen ihn nachträglich erfuhren, behaupteten sie, daß das Wiedererkennen nichts mit Reproduktionen zu tun habe. Trotzdem geben Verf. zu, daß ihre Untersuchung weder die undeutlicheren assoziierten Vorstellungen, noch das Spannungs- und Entspannungsgefühl, noch eine etwaige Bekanntheitsqualität, die stets einen sehr dunklen und fließenden Bewußtseinsinhalt darstellt, stets protokollierten. Das Wesen des Wiedererkennens läßt sich also statistisch nicht ermitteln. Gleichwohl ergibt sich, daß das Wiedererkennen nicht auf reproduzierten Vorstellungen beruht; wohl mögen irgend welche Begleitvorstellungen gegenwärtig sein, aber sie machen nicht das Wiedererkennen in allen Fällen aus.

Diese Einschränkungen des Wertes vorliegender Arbeit sind mehr als berechtigt. Denn zunächst stützt sich die ganze Methode allein auf Selbstbeobachtung und zwar bei größtenteils ungeübten Versuchspersonen und in äußerst schwierigen Fällen; ferner ist es, wie Verf. selbst hervorheben, nicht leicht, die wirklich beobachteten Reproduktionen sich bis zum Niederschreiben zu merken; noch mehr gilt dies natürlich von der Zeitordnung, in der die Vorstellungen auftauchten. Auf welch unsicheren Füßen die ganze Arbeit steht, illustriert vielleicht am besten folgender Satz: „Vielmehr ist schon das Vorkommen von Wiedererkennen ohne Reproduktionen ein hinreichendes Zeugnis gegen die *Lehmansche* Theorie, da kaum vorausgesetzt werden kann, daß Wiedererkennen auf so dunklen Vorstellungen beruht, daß es der Versuchsperson nicht gelingt, sie zu notieren“ (S. 187). Der Maßstab für die Ähnlichkeit oder Verschiedenheit der Gerüche auf Grund der sehr anfechtbaren Klassifikation und Serienanordnung ist ein ziemlich willkürlicher; das nämliche gilt von der Annahme, daß Assoziationen richtig sind, „wenn sie erklärlich sind auf Grund wirklicher Ähnlichkeit zwischen Gerüchen oder wahrscheinlicher früherer Wahrnehmung des betreffenden Reizes“. — Auch die Darstellung läßt viel zu wünschen übrig. Auf S. 181 vierzehnte Zeile von oben fehlt das Verbum.

Jodl, Fr., Lehrbuch der Psychologie. II. Auflage. I. Bd. 435 S. II. Bd. 448 S. Stuttgart u. Berlin. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.

Wie Verf. hervorhebt, unterscheidet sich diese Auflage von der früheren vor allem durch Berücksichtigung der seit 1896 erschienenen Literatur, ohne

daß die äußere Anordnung und der prinzipielle Standpunkt eine Veränderung erfahren hätte. Was den letzteren anlangt, so ist nach des Verf.s Meinung die Psychologie eine philosophische Disziplin; die philosophische Richtung und die Psychologie stehen in unlöslicher Wechselwirkung miteinander. Man wird es daher verstehen, daß Verf. nicht nur innerhalb des an sich schon weiten Rahmens der Psychologie in eigentlichem Sinne mit bewundernswerter Sorgfalt Umschau hält, sondern seinen Blick auch in Nachbargebiete, namentlich Erkenntnistheorie, Psychopathologie und Biologie vielfach streifen läßt, um so nicht nur über Tatsachen eingehend zu berichten, sondern auch zu allgemeinen und umfassenden Ausblicken selber vorzudringen und andere anzuregen. Auf das einzelne näher einzugehen, ist um so weniger erforderlich, als das treffliche Werk schon in seiner ersten Auflage den wohlverdienten weitverbreiteten Leserkreis fand und so seinem wesentlichen Inhalte nach bereits vielen bekannt ist. Es sei daher nur hervorgehoben, daß es in einen allgemeinen und speziellen Teil zerfällt. Jener behandelt die Aufgabe und Methode der Psychologie, das Verhältnis und den Begriff von Seele und Leib, die allgemeine Beschreibung und Gliederung der Bewußtseinserscheinungen nach ihrem Wesen, namentlich im Gegensatz zum Unbewußten, nach ihren Grundfunktionen und Entwicklungsstufen. Der weitaus größere spezielle Teil betrachtet zunächst die Empfindungen in bezug auf ihre allgemeinen Formen, Gesetze und Maßmethoden wie in ihren Spezialisierungen (Vital-, Bewegungs-, Haut-, Geschmacks-, Geruchs-, Gehörs- und Gesichtsempfindungen). Ein näheres Eingehen auf die anatomisch-physiologischen Verhältnisse wie auf die experimentellen Methoden und Apparate ist hier wie sonst vermieden. Der zweite Band beginnt mit den Gefühlen der primären Stufe, wozu die sinnlichen und ästhetischen Elementargefühle gerechnet werden, um daran die Willenserscheinungen der primären Stufe, d. h. das Streben, die Bewegung, den Willen und die sinnliche Aufmerksamkeit zu schließen. Diesen primären Vorgängen stehen gegenüber die sekundären Phänomene, wie sie in Gedächtnis, Reproduktion, Assoziation und der repräsentativen, d. h. auf Vorstellungen gerichteten Aufmerksamkeit hervortreten, wobei Verf. unter Vorstellung, wie üblich, die durch Reproduktion ins Bewußtsein tretenden Erscheinungen versteht. Als die wichtigsten psychischen Gebilde der Reproduktion werden dann Zeit, Raum und der Unterschied von Außen- und Innenwelt, von Ich und Nicht-Ich abgehandelt. Für das Zustandekommen des letzteren Unterschiedes ist die Mitwirkung der Sprache von großer Bedeutung, daher beschäftigt sich das nächste Kapitel mit „Sprechen und Denken“, um die Entstehung und das Leben der Sprache, das Verhältnis von Wort und Begriff, das Wesen von Urteil und Schluß zu erörtern. Schließlich werden die Gefühle und Willenserscheinungen der sekundären und tertiären Stufe besprochen, zu jenen gehören die Formal-, Person-, die komplexen ästhetischen und ethischen Gefühle; auch die Dynamik der sekundären Gefühle wird auseinandergesetzt, um die Erscheinungen von Affekt, Leidenschaft und Stimmung zu beleuchten. — Jedem Abschn.

sind vorausgeschickt und eingestreut zahlreiche Literaturangaben und am Ende des Werkes findet sich ein alphabetisch geordnetes Literaturverzeichnis von 42 Seiten, das aber trotz seiner Reichhaltigkeit unter keinem Gesichtspunkte Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, so daß sein Wert sehr fraglicher Natur ist. Ein Sachregister fehlt, da es dem Verf. angesichts der möglichst durchsichtigen Gliederung des Ganzen, der ausführlichen Inhaltsverzeichnisse und der konsequent durchgeführten Verweisungen auf Früheres und Späteres innerhalb der Darstellung unzweckmäßig erschien.

Ribot, Th., Psychologie der Gefühle. Aus dem Französischen übersetzt von Chr. Ufer. Internationale pädagogische Bibliothek. Bd. V. 546 S. Altenburg. Oskar Bonde.

Es gibt eine intellektuelle und physiologische Theorie der Gefühle, je nachdem sie als sekundäre Erscheinungen der Erkenntnisprozesse (*Herbart*, oder als ein unmittelbarer Ausdruck des vegetativen Lebens (*James, Lange, Bain, Spencer, Maudsley* u. a.) aufgefaßt werden. *Ribot* tritt der letzteren Theorie bei und behauptet daher: „das, was man Zustände der Lust oder Unlust nennt, bildet nur den an der Oberfläche liegenden Teil des Gefühlslebens, dessen Grundelement in den Tendenzen, Neigungen, Bedürfnissen besteht, die durch Bewegungen in die Erscheinung treten“ (S. 6); die motorischen Äußerungen sind also das Wesentliche, Lust und Unlust nur ihre Merkmale und Anzeichen, ihre Symptome und Wirkungen. Im Gegensatz zu den Intellektualisten nimmt daher Verf. reine Gesichtszustände ohne Beimischung von intellektuellen Momenten an, und zwar in vier Hauptformen: 1. als angenehmer Zustand wie beim Haschischrausch, bei gewissen Perioden der allgemeinen Paralyse Geisteskranker und beim Wohlbefinden Schwindsüchtiger und Sterbender; 2. als unangenehmer Zustand wie bei den Inkubationsstadien der meisten Krankheiten und bei Menstruationsperioden; 3. als scheinbar grundlose Furcht wie sie bei den sog. „Phobien“ auftritt; 4. als ein Zustand der Erregbarkeit, der dem Zorn verwandt ist und häufig bei Nervenkrankheiten vorkommt; er äußert sich in Unbeständigkeit und plötzlichen Ausbrüchen, um dann durch Verbindung mit einer Vorstellung eine bestimmte Gestalt anzunehmen und sich an einem Gegenstande Luft zu machen. Auch gibt es gemischte Zustände, die durch das gleichzeitige oder wechselseitige Vorhandensein der einfachen Zustände gebildet werden. — Neutrale Zustände ohne jede Gefühlsbetonung sind wahrscheinlich, namentlich bei gewissen Temperamenten. — Die für das Verständnis vom Wesen des Gefühls notwendige Entwicklung geht aus von der unbewußten, vitalen, organischen Sensibilität, die sich schon im Protoplasma findet und wahrscheinlich ein chemischer Prozeß ist, aber in der Anziehung und Abstoßung bereits die beiden Pole des Gefühlslebens enthält. Hieran schließt sich die Periode der Bedürfnisse d. h. rein vitale oder physiologische Tendenzen mit ihrem Bewußtwerden (Hunger, Durst, Schlafbedürfnis, Müdigkeit usw.)

an: diese Tendenzen sind das tätige Leben, drücken sich entweder in Mangel oder Überfluß aus und stellen in ihrer Gesamtheit den Selbsterhaltungstrieb in seiner Tätigkeit dar. Das grundlegende Element offenbart sich also in zwei Formen in den bewußten Tendenzen oder Begehrungen und in den unbewußten Tendenzen oder Neigungen, die beide ein Wesen darstellen. In den Begehrungen oder der psychologischen Form ist dank dem Bewußtsein die Möglichkeit zu Anpassungen und eine unbestimmte Bildsamkeit vorhanden, während die Neigungen d. h. die physiologische Form durch Beständigkeit, Beharrlichkeit, Automatismus, Mangel an Erfindungsgabe und Unentschlossenheit ausgezeichnet sind. Auf die zweite Periode folgt die der einfachen Gemütsbewegung, welche auf dem Gebiete des Gefühlslebens die nämliche Rolle spielt wie die Wahrnehmung auf dem des Intellekts; sie ist zusammengesetzt aus hervorgebrachten oder gehemmten Bewegungen, aus organischen Veränderungen und angenehmen, unangenehmen oder gemischten Bewußtseinszuständen; sie tritt plötzlich auf, hat kurze Dauer und bezieht sich stets mittelbar oder unmittelbar auf die Erhaltung des Individuums oder der Art. Auf Grund der Beobachtung an Kindern tritt zuerst auf die Furcht, dann der Zorn, hierauf die Zuneigung, die sich im Streben nach Berührung äußert und die Quelle für moralische und soziale Gemütsbewegungen ist; an diese drei auch bei den Tieren vorhandenen Formen schließt sich an das Selbstgefühl, welches an die Persönlichkeit gebunden ist und entweder ein Gefühl der Schwäche oder Kraft ist; aus letzterem gehen später ferner Hochmut, Eitelkeit, Ehrgeiz, vielleicht auch das Bedürfnis nach körperlicher Tätigkeit und Handeln, Phantasieäußerungen, das Spiel, die Neu- und Wißbegier; zuletzt tritt die geschlechtliche Gemütsbewegung auf, die nicht auf Zuneigung zurückführbar oder aus dieser ableitbar ist. Freude und Kummer, die sich von physischem Wohlbehagen und Schmerz nur durch das Vorangehen von Vorstellungen unterscheiden, gehören wegen ihrer Allgemeinheit nicht zu den Gemütsbewegungen; während von diesen jede einen abgeschlossenen, unabhängigen Zustand mit einer besonderen Tendenz und einem besonderen Zweck ausdrückt, zeigen Lust und Schmerz allgemeine Existenzbedingungen an, die überall wirken und überall eindringen. Schmerz und physisches Wohlbehagen ist schon bei der Geburt vorhanden, Freude und Kummer treten erst später auf. Daß die Lust eine Steigerung, der Schmerz eine Verminderung der Tätigkeit zur Bedingung hat, ist ein Satz, in dem alle bisher übereinstimmten, wenn er auch eine metaphysische oder physikalische, eine physiologische oder psychologische Formulierung annahm; auch ist er in neuerer Zeit durch die Erfahrung bestätigt und begründet worden. Dagegen ist der Endzweck von Lust und Schmerz verschieden gefaßt worden. Die Theologen und Moralisten sehen in der Lust das Reizvolle des Lebens, im Schmerz den wachsam Ratgeber, beide haben eine transzendente Ursache. Nach den Evolutionisten dagegen haben sie eine immanente Ursache in der Existenzbedingung des Tieres; Lust ist mit dem Nützlichen, Schmerz mit dem Schädlichen unlöslich verbunden; die Ausnahmen entstehen

teils durch die Zivilisation, teils durch die Folgeerscheinungen, teils durch den Gegensatz der Interessen von Art und Individuum. Verf. hält einen Teil der Fälle z. B. schmerzhaftes Synalgien oder Synaesthesien, Schmerzlosigkeit bei verhängnisvollen Schädigungen, intensiver Schmerz bei relativ unwesentlichen Störungen auch durch den Evolutionismus für unerklärt. „Die Verbindung der Lust mit dem Nützlichen und des Schmerzes mit dem Schädlichen ist eine Formel, die ihren Ursprung den Philosophen verdankt, d. h. solchen Geistern, die vor allem und in allen Fällen die Einheit fordern. Die Psychologie muß anders verfahren, sie muß beständig die Formel mit den Tatsachen vergleichen, die erstere durch die Erfahrung nachprüfen und die Ausnahmen feststellen. Sie begnügt sich mit den empirischen Gesetzen, die die Mehrzahl, aber niemals die Gesamtheit der Fälle umfassen“ (S. 116). — Aus den ursprünglichen Gemütsbewegungen gehen die sekundären infolge einer vollständigen Entwicklung, einer Entwicklungshemmung oder einer Mischung oder Verbindung hervor. Über diesen Gemütsbewegungen, die durch die Organisation als angeboren gegeben sind, stehen die zahlreichen Gemütsformen, welche durch Vorstellung der Vergangenheit oder Zukunft, durch Phantasieschöpfungen, durch Begriffe oder durch ein Ideal hervorgerufen werden und in den höchsten Regionen der Wissenschaft, Kunst, Religion und Moral ihre letzte Stufe finden. Diese letzte Stufe wird allerdings kaum von einem unter einer Million Menschen erreicht, da sie die Auffassung und das Verständnis allgemeiner Ideen, die gewisse Gefühle und Tendenzen wachrufen, voraussetzt. Die Entwicklung der Gemütsbewegungen hält daher in dieser Periode Schritt mit der der Ideen. Es gibt in dieser Beziehung drei Stufen, von denen jede noch Unterabteilungen und eine eigene Gefühlsresonanz hat; manche kommen über Gattungsvorstellungen als Vereinfachung und Verdichtung des Konkreten nicht hinaus; bei andern tritt das Wort an die Stelle der Wirklichkeit aber unter Zuhilfenahme eines allgemeinen Schemas, das die Eigenschaften der bezeichneten Dinge enthält: wiederum bei andern bedarf das Wort keines Hilfsmittels, um die geistigen Operationen sicherzustellen. So kann z. B. die geschlechtliche Tendenz abwechselnd physiologisch, psychophysisch, vorwiegend psychologisch und endlich intellektualistisch sein, je nachdem nur physiologische Prozesse, oder ein bloßer Instinkt ohne individuelle Wahl oder letztere mit dem Gefühl der Zuneigung oder ein Gleichgewicht der physischen und psychischen Momente oder ein Überwiegen der letzteren oder ein Vorangehen der Idee vor den physiologischen Erscheinungen bis zur reinen, platonischen, mystischen Liebe zugrunde liegt. Diese letzte verfeinertste Form ist selten und ohne Wirkung, da jedes Gefühl in dem Maße an Kraft verliert, als es sich intellektualisiert: der Glaube an die Macht der Ideen führt zu Täuschungen und Irrtümern. — Aus den Gemütsbewegungen gehen die Leidenschaften hervor, die auf dem Gebiete des Gefühlslebens das bedeuten, was die fixen Ideen auf dem des Intellekts oder die Kontrakturen auf dem der Bewegungen sind: sie sind also die Gemütsbewegungen in Permanenz und stehen in der Mitte

zwischen diesen und dem Irresein: sie entstehen plötzlich oder langsam, je nachdem sie unmittelbar aus Gemütsbewegungen oder aus intellektuellen Zuständen sich entwickeln, dort sind sie ungestüm, hier zähe. — Der Verfall durch Alter oder Krankheit vollzieht sich in umgekehrter Reihenfolge wie die Entwicklung; es gehen also zugrunde zuerst die uninteressierten d. h. die ästhetischen und wissenschaftlichen, dann die altruistischen, hierauf die ego-altruistischen z. B. die geschlechtlichen und religiösen, zuletzt die rein egoistischen Gemütsbewegungen. Dieser Reihenfolge des Verfalls entgegengesetzt ist die Stufenfolge der Entwicklung bei Idioten und Imbezillen. Die Tatsache der Degeneration beweist, daß der Verfall der Gefühle nicht von dem des Intellekts abhängig ist. — Ob Lust oder Schmerz früher entstehen, entscheidet Verf. nicht, dagegen tritt er aus psychologischer, namentlich *Schopenhauer* entlehnten und aus physiologischen Gründen für den Primat des Gefühls ein; diese offenkundige Tatsache wurde bisher übersehen, weil man das Problem philosophisch nicht psychologisch behandelte, auf die Entwicklung des Gefühlslebens, die Bedeutung der Bewegungen als psychologischer Faktoren und die der unbewußten Tätigkeit nicht Rücksicht nahm, sondern sich nur mit den zusammengesetzten und vollständig entwickelten Formen des Gefühlslebens, die das Werk unserer intellektuellen Natur sind, abgab. — Diesen Grundgedanken entspricht die Disposition des ganzen Werkes. Es zerfällt in einen allgemeinen und besonderen Teil. Jener behandelt in einzelnen Kapiteln den körperlichen und seelischen Schmerz, das Lustgefühl, krankhafte Lust- und Schmerzgefühle, die neutralen Zustände, Schlußbetrachtungen über Lust und Schmerz; das Wesen die inneren und äußeren Bedingungen, die Einteilungen der Gemütsbewegungen, das Gefühlsgedächtnis, die Gefühle und die Ideenassoziation, die Abstraktion der Gemütsbewegung. Der besondere Teil erörtert nach einer Einleitung den Selbsterhaltungstrieb in der physiologischen Form, in der der Verteidigung (Furcht) und in der des Angriffs (Zorn), die Sympathie und Zuneigung, den Geschlechtstrieb, den Übergang von den einfachen zu den zusammengesetzten Gemütsbewegungen, soziale und moralische Gefühle, das religiöse, ästhetische und intellektuelle Gefühl, die normalen, anomalen und krankhaften Charaktere, den Verfall des Gefühlslebens. Dem ganzen geht voran eine ausführliche Einleitung und folgt eine Schlußbetrachtung.

Auf die Einzelheiten einzugehen, ist kaum erforderlich, da das Werk *Ribots* bereits 1896 in der ersten Auflage erschien. Wie wenig es jedoch auch heute noch dank seinem durchaus empirischen Charakter unter eingehender Berücksichtigung der biologischen, physiologischen und experimentell-psychologischen Ergebnisse und dank der lichtvollen Darstellung veraltet ist, zeigt schon obige Inhaltsangabe. Es ist daher ein unbestreitbares Verdienst des Übersetzers, daß er das treffliche Werk des berühmten französischen Psychologen in einer sehr sorgfältigen und guten Übersetzung in die Internationale Pädagogische Bibliothek einführt und so seine Verbreitung unter dem deutschen Leserkreis erleichtert: dieses Verdienst ist um so höher

anzuschlagen, je mehr man die zentrale Stellung des Gefühlslebens und seine fundamentale Bedeutung auch für die pädagogischen Bestrebungen zu begreifen beginnt. Allerdings darf der Leser nicht vergessen, daß gerade in den letzten Jahren die Psychologie des Gefühls eine bedeutende Vertiefung erfuhr. Die somatischen Symptome sind viel eingehender studiert worden, die Zahl der Gefühlsqualitäten ist ein viel umstrittenes Problem geworden usw. Auf diese Weise zeigt das Ribotsche Werk nicht unbedenkliche Lücken. Auch führt das Streben nach Klarheit in der Darstellung häufig zur Oberflächlichkeit. So ist schon die Unterscheidung von nur intellektualistischen und physiologischen Theorien sehr mangelhaft; man vermißt jene Theorie, nach der das Gefühl ein elementares seelisches Phänomen ist, eine Theorie, die man die psychologische nennen könnte und den Tatsachen am ehesten gerecht wird. Der Primat des Gefühls oder wenigstens des Willens ist doch nicht eine so ganz moderne Theorie, da schon Duns Scotus sagte: *voluntas est superior intellectu*.

Messmer, Oskar, Zur Psychologie des Lesens bei Kindern und Erwachsenen. Archiv für die gesamte Psychologie. II. Bd. S. 190—298.

Verf. weist zunächst kurz auf die Differenzen zwischen den einschlägigen Arbeiten von *Erdmann-Dodge* und *Zeidler* hin. Wie letzterer benutzte auch er das *Wundtsche* Tachistoskop, jedoch so, daß zwischen Fixierschildchen und Leseobjekt nur ein Abstand von 5 mm war und der Fixierpunkt nur einen Durchmesser von 1 mm besaß; gelesen wurde mit bloßem Auge ohne Fernrohr bei künstlichem Licht, indem je eine Auerlampe zu den beiden Seiten des Tachistoscops angebracht war und ihre Strahlen durch einen an einer Kinnstütze befestigten Kartonschirm abgeblendet wurden; die Typenhöhe betrug 2,5 mm, nur für die siebenjährigen Kinder betrug sie zuerst 3,2 mm; als Versuchspersonen dienten vier akademisch gebildete Erwachsene und sechs Kinder (je zwei zu sieben, neun und elf Jahren), einer der Erwachsenen hatte kein linkes Auge mehr; die Expositionszeit wurde bestimmt durch eine Stimmgabel von 500 Schwingungen in der Sekunde, indem zur Spaltöffnung noch zwei Drittel der Typenhöhe hinzugezählt wurden. — Es ergab sich, daß die physiologische Normalzeit, d. h. die Zeit, welche für die Netzhauterregung gerade noch ausreicht, nur im Anfange individuelle Unterschiede aufwies, die durch andauernde Übung sich ausglich, so daß Worte von durchschnittlich sieben Buchstaben von allen Versuchspersonen bei 2 s Expositionsdauer gelesen wurden; allerdings geht bei längerer Unterbrechung die erworbene Fähigkeit wieder mehr oder weniger verloren. Dagegen ließen sich beim Lesen selbst zwei Typen, ein objektiver und subjektiver, deutlich unterscheiden: bei dem ersteren hält sich der Aufmerksamkeitspunkt ziemlich eng an den physiologischen Fixationspunkt, sodaß scharf und arr fixiert wird; der Umfang der Aufmerksamkeit ist daher relativ klein

und bei tachistoskopischem Lesen wird das Wortbild in mehreren aufeinanderfolgenden Expositionen sukzessive abgesucht und systematisch zusammengestellt; liegt das Wort seitlich vom Fixationspunkt oder werden Buchstaben sinnlos kombiniert, dann werden höchstens drei Buchstaben erkannt, für sinnvolle Wörter liegt die Grenze bei 12 und für ganz geläufige Worte bei 15 Buchstaben; die Aufmerksamkeit ist möglichst nach außen gerichtet, so daß die Lesungen durch objektive Treue und Mangel an bloßem Raten charakterisiert sind, zwischen Wahrnehmung und subjektiver Ergänzung unterschieden, zwischen jener und der Apperzeption des Sinnes ein deutliches Intervall bemerkt wird. Die entgegengesetzten Symptome finden sich bei dem subjektiven Typus, der den Ort weder des physiologischen noch des psychischen Fixationspunktes angeben kann; diese können sich relativ weit voneinander entfernen, so daß die Fixation fluktuierend ist, was auch subjektiv bei längeren Wörtern empfunden wird: selbst wenn der Fixationspunkt seitlich liegt, werden noch ganze Worte erkannt und die abnorme Lage wird zuweilen gar nicht bemerkt; der Aufmerksamkeitsumfang ist groß, so daß sein Maximum für sinnlose Buchstabenkomplexe bei 7, für sinnvolle Wörter bei 22 Buchstaben liegt; eine Unterscheidung zwischen objektiver Wahrnehmung und subjektiver Zutat ist nicht möglich, denn die Aufmerksamkeit ist mehr nach innen, auf den verfügbaren Wortschatz, als auf das Reizobjekt gerichtet, so daß oft die wunderlichsten Verwechslungen infolge der subjektiven Interpretationstendenz sich einstellen und viele Wörter sich leicht und sicher in bekannte Zusammenhänge einreihen; es werden nicht Teile, sondern nur ganze Wörter gelesen. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es zahlreiche Übergänge. Auch bei Kindern im Alter von neun Jahren ist der Typus nicht deutlich ausgebildet, da die Beobachtungsgabe noch ungeschärft und der Wortschatz noch arm und wenig mobil ist: die Aufmerksamkeit ist bei ihnen ziemlich stark fluktuierend, so daß ganze Worte gelesen werden, selbst bei seitlicher Lage des Fixationspunktes; der Aufmerksamkeitsumfang ist relativ groß mit einem Maximum von 6 Buchstaben bei sinnlosen und von 16 Buchstaben bei sinnvollen Wörtern; die heterogenen Lesungen bei mehreren Expositionen beweisen eine sehr leichte psychische Reaktionsfähigkeit, die namentlich auf das Klangbildzentrum zu beziehen ist und sich mit dem Mangel an Beobachtungsschärfe noch verbindet: die Aufmerksamkeit ist also hier nicht etwa nach innen gerichtet, sondern verhält sich zu den Reizen nur mehr passiv als aktiv, so daß eine die Zahl der Expositionen vergrößernde Perseveration des einmaligen Eindrucks sich geltend macht. Bei den elfjährigen Kindern wurden die sinnlosen Interpretationen seltener, die nötige Expositionszahl geringer und der Aufmerksamkeitsumfang (Maximum für sinnlose Wörter 7 und für sinnvolle Wörter 18 Buchstaben) größer. Anfänger von sieben Jahren müssen erst die Gesamtinnervationen lernen; diese sind optischer und akustisch-motorischer Art, so daß jene sich schneller als diese bilden und namentlich längere Wörter gesehen, aber nicht gesprochen werden können; auch beansprucht die akustisch-motorische Inner-

vation mehr die Aufmerksamkeit, infolge dessen wird und bleibt das optische Wortbild nur so weit deutlich, als ihm das lautsprachliche Bild nachkommt. Durch fortschreitende Übung wird diese Diskrepanz zwischen den beiden Innervationsarten immer mehr ausgeglichen, so daß an die Stelle der Wortteile allmählich ganze Wörter treten, aber der Innervationsumfang erreicht früher für das akustisch-motorische als für das optische Gesamtbild sein Maximum, so daß selbst Erwachsene lange Wörter oft noch sehen aber nicht aussprechen können. Ist einmal eine Gesamtinnervation entstanden, dann rhythmisiert sie sich; die einzelnen Elemente erlangen eine verschiedene Bedeutung, da die Merkmale eines Buchstabens in verschiedenem Grade an die optische Gesamtform verloren gehen: „je mehr Buchstaben die gleichen Merkmale besitzen, desto weniger beansprucht sie der einzelne Buchstabe als individuelles Charakteristikum“. Dies gilt in erster Reihe von der Farbe, die nur noch dem Text als Ganzem im Unterschiede von andersfarbigen Texten als Merkmal zukommt. Die Typenhöhe verliert mehr bei den kleinen als bei den großen Buchstaben ihre individuelle Bedeutung, denn faßt man unter den letzteren alle ober- und unterzeiligen Buchstaben zusammen, dann fanden sich unter 1000 Buchstaben eines zusammenhängenden Textes von ihnen nur 270, von den kleinen aber 730, wobei noch zu bedenken ist, daß die 32 unterzeiligen Buchstaben mehr den Wert kleiner Buchstaben, mit denen sie auch häufig verwechselt werden, haben, weil die Aufmerksamkeit am oberen Textrande hingeleitet und die Worte bei Verdeckung des unteren Drittels ihrer Höhe stets richtig erkannt werden; „die optische Grundform der Worte wird daher in bezug auf die Höhe durch die kleinen Buchstaben geliefert“, wobei allerdings zu beachten ist, daß auch bei den großen Buchstaben mit Ausnahme des l und der großen Anfangsbuchstaben der ober- und unterzeilige Teil von dem mittelzeiligen deutlich abgegrenzt ist: sonst aber sind die großen Buchstaben optisch dominierend in bezug auf die Höhenverhältnisse und rhythmisierend in bezug auf die Wortbreite. Die Typenbreite spielt infolge der horizontalen Anordnung unserer Buchstaben und des nur annähernd genauen Erfassens einer Wortlänge längst nicht die nämliche dominierende Rolle, obgleich die Typenbreite drei verschiedene Grade (Raum eines oder zweier oder dreier, resp. noch mehrerer Grundstriche), die Typenhöhe dagegen nur die beiden erwähnten Grade hat. Das vierte Merkmal eines Buchstabens ist die geometrische Form, die abgesehen von den optisch immer die erste Rolle spielenden großen Anfangsbuchstaben im wesentlichen aus senkrechten Grundlinien oder gebogenen Linien oder beiden Elementen zugleich oder aus Schrägstrichen besteht: unter den 1000 Buchstaben des erwähnten Textes kamen auf die erste Gruppe 469, auf die zweite 371, auf die dritte 61 und auf die vierte 46; die Eigenschaft des geraden Grundstrichs geht also zuerst ans Gesamtbild verloren. Der Form nach gliedern sich sowohl die dominierenden wie die nicht-dominierenden Buchstaben in drei Unterabteilungen, so daß die Typenhöhe mehr oder minder die Übersichtlichkeit, die Konfiguration dagegen die Lebhaftigkeit

bedingt. All dies gilt aber nicht nur von einem größeren Text, sondern auch von einem einzelnen Worte, wo ebenfalls die beiden letzten Arten der Form am seltensten vertreten sind, von den beiden anderen jedoch bald die eine bald die andere, bald gar keine überwiegt, je nachdem sich das Wort durch größere Einheitlichkeit oder Lebhaftigkeit oder angenehme Vereinigung dieser beiden Eigenschaften auszeichnet; beim tachistoskopischen Lesen ist nun der erste dieser drei Fälle am meisten Verwechslungen und Verschmelzungen ausgesetzt, während der letzte die günstigste Gesamtform darstellt, insofern hier größte Einheit des Gesamtbildes und maximale Lebhaftigkeit, zwei im optischen Worttypus sich diametral entgegenwirkende Faktoren, zu gleichen Teilen am Wortbilde beteiligt sind. So sehr also auch bei einzelnen Wörtern Variationen der angeführten Zahlenverhältnisse auftreten, so sehr besitzt doch jedes Wort eine „optisch charakterisierte Gesamtform“. Läßt *Erdmann* diesen Begriff unbestimmt und beachtet *Zeitler* nur die Typenhöhe, so ist nunmehr folgendes zu sagen: „Das Wortbild besteht seinem optischen Gesamtcharakter nach aus einem schwarzen Streifen von relativ abschätzbarer Länge, über den einzelne rhythmisierende Gipfel dominieren, und der seinem Hauptcharakter nach aus senkrechten Strichen besteht, deren Starrheit belebt wird durch mehr oder weniger häufige Zeichen von gebogener Form.“ Je mehr nun ein Wort Buchstaben von individueller geometrischer Form besitzt, um so mehr läuft seine Gesamtinnervation Gefahr, geteilt zu werden; Gesamtinnervation und Sicherheit des Erkennens stehen also im umgekehrten Verhältnis zueinander. All dies gilt nicht nur von Antiqua, sondern auch von Fraktur, nur daß hier die runde Form zurücktritt und die Tendenz zum vertikalen Grundcharakter und zu Verzierungen vorherrscht, letztere namentlich gehen in den Charakter des Gesamtbildes ein und erschweren die Erkennbarkeit, so daß, oft entgegen der Selbstbeobachtung, Fraktur mehr Zeit beansprucht als Antiqua. Eine Einteilung der Buchstaben auf Grund der Vorlesungen läßt sich dagegen nicht geben, da Veränderungen am exponierten Wortbilde nicht bloß durch Verwechslung optisch ähnlicher oder Verschmelzung benachbarter Buchstaben, sondern auch durch Apperzeption eines falschen Sinnes entstehen, indem beim tachistoskopischen Lesen die Aufmerksamkeit nur an bevorzugten Buchstaben hängt und alles andere gemäß der apperzeptiven Vorstellung auf Grund der weniger deutlich wahrgenommenen Buchstaben und des Gesamtcharakters interpoliert wird; welcher dieser Faktoren in einem bestimmten Lesefehler mitwirkt, ist schwer zu bestimmen. Auch decken sich im einzelnen Falle optischer Wert und Erkennungswert nicht, vielmehr können psychisch auch kleine Buchstaben dominierend werden; auch die Reihenfolge des Klarwerdens kann geändert werden, wobei maßgebend ist, auf welche Region die Aufmerksamkeit zuerst fällt, und welcher Art die präexpositionale Bewegungstendenz der letzteren ist: namentlich beim subjektiven Typus und bei langen Wörtern zeigt sich dieser Einfluß. Der Unterschied zwischen den beiden Typen dokumentiert sich überhaupt bei der Verwertung des Gesamtbildes sehr deutlich, insofern der subjektive

Typ nach deutlicher Erkennung eines Minimums von objektiven Bestandteilen auf Grund des Gesamtcharakters interpretiert, der objektive Typ dagegen ein Maximum von Buchstaben deutlich erfaßt; gleichwohl spielt auch für den letzteren der Gesamtcharakter eine Rolle, ebenso wie auch der erstere gelegentlich in Wortteilen, Komplexen liegt; gewöhnlich ist also das Lesen beim subjektiven Typus vom Gesamtcharakter, bei dem objektiven von den dominierenden Buchstaben beherrscht, wirken aber beide Faktoren gleichmäßig zusammen, dann ist dies für beide Typen der günstigste Fall; beim nicht-tachistoskopischen Lesen schwindet dieser Unterschied überhaupt, da die ungenügende Determination eines Wortes durch zu wenige Buchstaben wegfällt infolge längerer Reizdauer und sinnvollen Zusammenhangs, welcher Erwartungsvorstellungen in bestimmter Richtung auslöst und durch letztere auch den objektiven Reizwert erhöht; selbst beim tachistoskopischen Lesen kann eine Kongruenz der apperzipierten Vorstellung mit dem Leseobjekte alle Buchstaben deutlich erscheinen lassen. — Der Unterschied zwischen optischem Gesamtbild und dominierenden Buchstaben ist auch entscheidend für die Frage der simultanen oder sukzessiven Erkennung: das optische Gesamtbild wird simultan erfaßt, die dominierenden Buchstaben werden sukzessive erkannt, derart, daß zunächst die höchsten, dann die kleineren Gipfel folgen, aber die Sukzession objektiv nicht bemerkt wird, wofern nicht relativ hohe Zeiten den Erkennungsprozeß vor seinem Ablauf zum Stillstand bringen: auch treten mit den dominierenden Buchstaben die unmittelbar benachbarten, namentlich wenn sie infolge einer individuellen Konfiguration mit jenen eine besonders hervortretende Gruppe, einen Komplex bilden, ins Bewußtsein. — Das Klangbild schließt sich nicht an die einzelnen Buchstaben der Buchstabengruppen an, da die Sukzession letzterer zu schnell ist und nicht prinzipiell von links nach rechts erfolgt; auch manche Fälle von Aphasie sprechen dagegen; vielmehr schließt es sich an das fertige subjektive Apperzeptionsbild an, so daß auch der subjektive Typ leichter mit seinem Klangbildzentrum reagiert als der objektive. Die Verbindung des optischen und akustischen Bildes ist eine rein mechanische Assoziation, die erst durch andauernde Übung eine automatisch geläufige wird; denn wenn auch das Klangbild durch den Haupttiktus einen einheitlichen Charakter erhält, so ist dieser doch von viel lockerer Art als beim optischen Bild, insofern er sukzessiver Natur ist, nur von einer reproduzierten Vorstellung ausgeht und durch wechselnde Betonung sich ändern kann; hierzu kommt schließlich noch, daß die Buchstabenfolge bei weitem nicht die gesamte Lautfolge wiedergibt. Ebenso wenig besteht zwischen dominierenden Buchstaben und dominierenden Lauten ein Konnex, da jenes Konsonanten, dieses Vokale sind. Dagegen steht die Typenbreite oder Wortlänge in Beziehung zur Silbenzahl, zum Rhythmus und zur Melodie des Klangbildes; letztere kommt namentlich in Betracht bei Kindern und bei Erwachsenen akustischen Typus, bei denen das Klangbildzentrum am leichtesten reagiert, oft noch nach Verschwinden des optischen Nachbildes. — Die motorische Sukzession der Sprechbewegungs-

bilder ist der der Klangbilder Laut für Laut koordiniert, aber die motorischen Innervationen vom Klangbild aus können rascher erfolgen, als der Sprechapparat darauf antwortet, worunter namentlich die rechte Hälfte des optischen Bildes leidet. — Von interessanten Selbstbeobachtungen sei erwähnt, daß der objektive Typ zuerst den oberen Rand starr fixierte, dann fluktuierende unter Spannungerscheinungen der Aufmerksamkeitspunkt über das ganze Wort, wobei dieses in den ersten Versuchen etwas nach unten zu fallen schien; bei sehr langen Wörtern tritt ein den Aufmerksamkeitsumfang bedeutend unter das Maximum herabsetzendes Gefühl der Enttäuschung auf, bei sehr kurzen das der Erreichbarkeit des Erfolges vor Erfassung von etwas Konkretem; beim subjektiven Typ mit seinem bedeutend größeren Aufmerksamkeitsumfang stellt sich eine derartige „Einschrumpfung“ der Aufmerksamkeit viel seltener ein. Bei zu geringer Reizdauer verschwimmt die optische Wahrnehmung zu einem blassen, grauen Streifen, der bei wiederholter Exposition sich intensiver schwärzt, dieser Kontrast mit dem weißen Untergrund erhöht jedoch nur die Reizstärke, nicht den typischen Charakter des Schriftworts; der Schwelle nahe Reize verstärken auch die psychische Aktivität, so daß deren Entstehungsursache unbekannt bleibt, wiewohl sie vorhanden ist. Überschreitet ein vorher unbemerktes Element die Reizschwelle, dann erscheint die neue Wahrnehmung verhältnismäßig deutlich, wobei aber mehr die Veränderung des Sinnes als die des optischen Bildes das Verblüffende ist. Eine ungünstige Erwartungsvorstellung schwächt die Reizwirkung, wofern nicht noch in derselben Exposition ein objektives Element unvereinbar mit ihr ist oder in einer der nächsten Expositionen der objektive Eindruck obsiegt. Große Anfangsbuchstaben bei Adjektiven oder Verben erschweren den Erwachsenen die Erkennung, während für Kinder der ersten Schuljahre weder die grammatische Kategorie noch die orthographische Regel von großer Bedeutung ist, aber auch bei Erwachsenen ist dies nur im tachistoskopischen Lesen der Fall. Flexionszeichen, namentlich solche ohne auffallende Buchstaben, werden schwer erkannt und bei gewöhnlichem Lesen mehr durch das grammatische Gefühl erschlossen als wirklich gelesen; auch dieses grammatische Gefühl ist bei Kindern, zumal wenn sie Dialekt sprechen, weniger ausgebildet. Die Wortlänge wird, besonders von Kindern, öfter unter- als überschätzt; beim geübten Leser spielt sie eine bedeutende Rolle für die Erschließung von Endigungen oder für die nachträgliche Korrektur einer falschen Interpretation oder, besonders beim objektiven Typ, für die Erhaltung eines Unsicherheitsgefühles bis zur richtigen Lesung. Worte über sechs Buchstaben brauchen im allgemeinen mehr Expositionen als kürzere, weil dort zu viele dominierende Buchstaben, von denen jeder einen Bewußtseinsakt für sich hat, sind, als daß die Expositionszeit ausreichte und so die Interpretation auf das Gesamtbild sich stützen muß; beim gewöhnlichen Lesen dagegen sind lange Wörter angenehmer als kurze, weil diese den Impuls, möglichst viele Worte in einem Zuge zu lesen, zu sehr teilen. Bei Kindern stellt sich oft auf ein gelesenes oder nur vermutetes Wort ein ganzer

Zusammenhang ein. — Die Versuche mit dem Leseobjekt rechts oder links vom physiologischen Fixationspunkt ergaben, daß die apperzeptive Ergänzung nach rechts bedeutend leichter als nach links fällt; auch individuelle Unterschiede stellten sich hierbei heraus, indem die einen auch im seitlichen Sehfeld das ganze Wort, die anderen nur den dem physiologischen Fixationspunkt zunächst liegenden Teil lasen; Kinder ziehen das ganze Wortbild in den Bereich ihrer Aufmerksamkeit, so daß Anfänger die Lage des Fixationspunktes nicht beurteilen können. — Der Umfang der Aufmerksamkeit wächst bei Kindern mit zunehmender Übung, um schon im elften Jahre sein Maximum zu erreichen. Bei sinnvollen Wörtern wird mindestens dreimal so viel gelesen wie bei sinnlosen Buchstabenkombinationen, bei denen mehr als der fehlende Sinn das optisch ungewöhnliche Bild stört, so daß bei Wiederholungen auch die längsten sinnlosen Kombinationen gleich wiedererkannt werden; die optische Rhythmisierung erleichtert aber trotzdem ihre Erkennung nicht wesentlich. Vokale werden meist nicht gelesen, sondern mehr nach subjektivem Ermessen gemäß einem nicht weiter bestimmbaren Wohlklang interpoliert, namentlich gilt dies von Anfängern, allerdings werden durch Verschmelzung oder Verwechslung zuweilen auch Vokale als wirklich vermutet. Derselbe deutliche Eindruck wiederholt sich häufig, so daß eigentümliche Reduplikationen von Lauten auftreten; auch werden, namentlich von Anfängern, oft längere Lautreihen für kürzere gelesen. Ein Buchstabe am Anfang oder Ende oder selbst in der Mitte, wenn er durch seine geometrische Figuration von der Nachbarschaft absticht, ist am meisten gegen Verwechslung oder Verschmelzung gesichert. — Das Lesen von Sätzen, deren Anfang fixiert wird, umfaßt bei einer Exposition von 100 \pm nicht mehr Worte als in den maximalen Umfang der betreffenden Person fallen; es können allerdings noch mehr Worte oder Zeilen konstatiert, aber nicht erkannt werden. Das bereits Gelesene wird mit einem Minimum von Aufmerksamkeit stets nachkontrolliert und determiniert die Gedankenrichtung auf das Folgende in mehr oder minder hohem Grade, bei dem Anfänger und subjektiven Typus oft in Form sonderbarer Vorahnungen und Interpretationen. Augenbewegungen wurden subjektiv nie bemerkt und sind während des Erkennungsprozesses ausgeschlossen; nur ausnahmsweise, wenn der Aufmerksamkeitspunkt schon vor der Exposition nicht wagerecht fluktuierte, wurde ein Wandern derselben von einer Zeile schief zur nächstoberen oder -unteren objektiv konstatiert, ohne daß der Umfang sich dadurch vergrößerte selbst bei Aufforderung zu Augenbewegungen; sonst wanderte die Aufmerksamkeit in gleicher Zeile. Die Bedeutung des indirekten Sehens erschöpft sich in der Blickführung des Auges; liest man also mit einer Brille, die eine beliebige Abgrenzung des Sehfeldes gestattet und nur so viel, wie auf die Fovea fällt, wahrnehmbar macht, dann ist jede Orientierungs- und Entfernungsempfindung verloren und der Blick bewegt sich sehr unsicher in der Richtung der Zeile. — Bei gewöhnlichem Lesen ändert sich das Sehfeld je nach der Versuchsperson, indem der Umfang durch die Erkennungs- und mehr

noch durch die Sprechzeiten beschränkt, durch die Aufmerksamkeit je nach ihrer Fluktuationsfähigkeit erweitert wird. Was die Versuche mit gewöhnlichem Lesen des näheren betrifft, so wurden sie an denselben zehn Versuchspersonen angestellt, denen allen der nämliche, ihnen fremde Text aus Schullesebüchern vorgelegt wurde; die Zeit wurde mit einer Viertelsekundenuhr gemessen; es wurden immer die ersten 100 oder 500 Wörter in Antiqua und Fraktur, im normalen wie schnellen Tempo, rückwärts wie vorwärts gelesen, auch wurden die ersten 100 Buchstaben im schnellen Tempo vor- und rückwärts buchstabiert; berechneten wurden die arithmetischen Mittel. Vergleicht man diese bei 500 Wörtern oder Buchstaben mit denen bei nur 100, dann zeigt sich für alle Versuchspersonen mit Ausnahme der beiden Anfänger beim normalen Lesen ein Gleichgewicht zwischen der die Zahlen vergrößernden Ermüdung und der die Zeiten verringernden Übung, während beim schnellen Lesen die Ermüdung überwiegt, um beim schnellen Buchstabieren fast allein sich noch geltend zu machen. Als störende Momente für die Konstanz der Zahlenverhältnisse stellten sich heraus; Schwankungen in der Disposition, mit der der Grad der Ermüdung in den Sprechorganen engstens zusammenhängt, die Regulierung der Atempausen, die zuweilen auftretenden Zeilenverschiebungen und endlich die Tempobeschleunigung infolge der Korrekturen, die sie oft bedingt. Nach Beginn des Versuchs tritt Anpassung und Beseitigung all dieser Übelstände, also „Übung“ ein; diese Adaptationsschwierigkeiten sind bei Anfängern noch größer, werden aber bald so rasch überwunden, daß selbst die Ermüdungserscheinungen nicht mehr bemerkbar sind. Bei Kindern schwankt das Lesetempo sehr, während es bei Erwachsenen ein ziemlich gleichmäßiges ist. — Der Text in Fraktur und Antiqua war inhaltlich und sprachlich gleich schwierig, trotzdem wurde von allen Versuchspersonen dieser schneller als jener gelesen, allerdings waren die Anfänger mit Fraktur nicht aus der Schule her sondern nur durch eigene Versuche bekannt, mit fortschreitender Übung nimmt die Zahl der Fälle, wo Fraktur schneller als Antiqua gelesen wird, zu, ohne daß jedoch je ein vollständiger Ausgleich einträte. Beim tachistoskopischen Lesen trat dieser Unterschied zwischen den beiden Druckarten nicht hervor, da Erkennungswerte in die minimale Reizdauer nicht eingehen. — Beim Vorwärtslesen ist die Lesezeit kürzer als beim Rückwärtslesen, da dort der sinnvolle Zusammenhang, der auch die größte optisch-motorische Geläufigkeit beim Lesen darstellt, und die Gewohnheit von links nach rechts zu lesen, günstig wirkt: der Unterschied beider Lesarten ist bei den Geübten größer als bei den Anfängern, unter jenen muß der subjektive Typ gegen seine Gewohnheit beim Rückwärtslesen die Aufmerksamkeit nach außen konzentrieren, so daß bei ihm der Zeitüberschuß maximal, nämlich das Doppelte von der Zeit beim Vorwärtslesen ist. Diese Schwierigkeiten sind namentlich beim Buchstabieren vorhanden und die Tendenz, mit dem Blick vor auszugreifen und von links nach rechts zu lesen ist schwer unterdrückbar. — Beim raschen Lesen entwickeln Anfänger zuerst das schnellste Tempo, um dann so große Schwankungen aufzuweisen, da

sie zuweilen sogar unter das normale Tempo sinken, während der geübte Leser ungefähr dasselbe Tempo innehält; daher ist der Unterschied zwischen beiden Tempos bei jenen im Lesen von 500 Buchstaben oder Wörtern weniger deutlich als in dem von nur 100; ein Kind hat eben weder dieselbe Ausdauer, noch dieselbe Ökonomie seiner psychischen Energie wie ein Erwachsener. Was die individuellen Unterschiede anlangt, so bedeutet die Reihenfolge in der Schnelligkeit des individuellen normalen Lesetempos nicht dieselbe Reihenfolge in der Fähigkeit seiner Beschleunigung. — Das Buchstabieren ist bei Anfängern meist schneller als das Wortlesen, während es bei geübten Lesern langsamer ist, weil jene noch an die Analyse der Wörter in ihre Buchstaben und der Gesamtinnervation in Teilinnervationen gewohnt sind; unter den Erwachsenen macht sich wieder der Typenunterschied geltend, insofern auch hier der Zwang, die Aufmerksamkeit nach außen zu richten, vorliegt und so der Überschuß der Buchstabenzeiten bei dem subjektiven Typ größer ist als bei dem objektiven. — Bei den Lesefehlern kann stets der Aufmerksamkeitsmangel eine Rolle spielen, gleichwohl lassen sich namentlich auf Grund des gewöhnlichen Lesens verschiedene Klassen unterscheiden. Zunächst gibt es optische Lesefehler; sie können sein: 1. Verwechslungen ähnlicher Buchstaben, namentlich bei Kindern, beim Buchstabieren und im tachistoskopischen Lesen; 2. Verschmelzungen angrenzender Buchstaben zu neuen Gebilden, wiederum nur beim tachistoskopischen Lesen und bei Buchstaben von geometrisch einfacher Konfiguration, während das dominierende und figurativ individuelle K und die Buchstaben am Anfang und Ende fast regelmäßig richtig gelesen wurden; zuweilen wurde auch ein Buchstabe in zwei getrennt; 3. Antizipationen, indem Nachfolgendes für oder neben das zu Lesende gesetzt wurde, namentlich beim Buchstabenlesen von hinten nach vorn; bei der Nebensetzung wurde der Fehler immer bemerkt und in der Wiederholung meist verbessert; 4. Umstellungen unmittelbar aufeinander folgender Buchstaben oder Wörter; sie treten selten bei sinnvollen Texten auf, werden ebenfalls oft bemerkt und in der Wiederholung meist verbessert, oft bleiben sie aber auch unbemerkt; Umstellungen wie Antizipationen um mehr als zwei Wörter kamen nicht vor. Zweitens zeigten sich lautmotorische Fehler, bei denen übrigens auch das optische Bild beteiligt sein kann; sie zerfallen in: 1. Lautstottern d. h. Anstoßen bei Beginn der Wörter, die unabsichtliche Wiederholung des Anlautes mit oder ohne folgenden Vokal; es findet sich namentlich bei Kindern und bei schnellem Vorwärtslesen; die lautmotorischen Fehler gehen überhaupt mit wachsender Übung mehr zurück als die optischen; 2. Metathesen, auch fast nur bei Kindern; die motorische Gesamtinnervation wickelt sich im Sinne der subjektiv größeren Geläufigkeit bei einem solchen Minimum von inhaltlicher Aufmerksamkeit ab, daß zuweilen sinnlose Interpretationen vorkamen; ihre Ursache liegt vielleicht schon im optischen Bild oder im Klangbild, in welch letzterem der Vokal dominiert und die Konsonanten durch einen unberechenbaren Zufall an falschen Ort gelangen; 3. Kürzung als

Weglassung namentlich von Endigungen oder als Auslassung oder als Kontraktion, letztere tritt namentlich bei Kindern auf, da Erwachsene eine Verstümmelung leicht bemerken; alle drei Arten erstehen, weil die optische Gesamtnnervation der motorischen voraussetzt; 4. Zufügung bei den Anfängern als lautmotorische Reproduktionen auf Grund von Klangähnlichkeit, bei den Erwachsenen im Sinne der subjektiv größeren motorischen Geläufigkeit; 5. Verstümmelungen, nur bei den Anfängern, das Resultat ist ein sinnvolles oder sinnloses Wort; 6. Assimilationen, indem Vokale auf Vokale oder Konsonanten auf Konsonanten einwirken; sie sind regressiv oder progressiv, je nachdem das Klangbild des nachfolgenden Lautes induzierend auf den vorhergehenden wirkt oder eine gewisse Unbeholfenheit der motorischen Organe vorhanden ist. Drittens kommen in Betracht Gedankenfehler, bei denen ein veränderter Sinn hineingetragen wird; sie sind: 1. Zufügungen, wenn der vorweggenommene Sinn die subjektiv begünstigte Form erhält; 2. Substitutionen, wo ein Wort durch ein anderes den Sinn nicht störendes ersetzt wird. Diese beiden Fehlerarten kommen namentlich beim subjektiven Typ, sehr selten bei Kindern vor; 3. Wiederholungen, nicht die nach falscher Lesung, sondern die automatischen von Wörtern oder Satzteilen, wahrscheinlich um Zeit zur Besinnung auf das Folgende zu gewinnen; auf welch letzteres auch die Aufmerksamkeit gerichtet bleibt. Endlich finden sich bei Kindern grammatische Fehler als 1. Kasusfehler, namentlich wird infolge des Dialekts für Akk. Sing. der Nominativ gesetzt; 2. Tempusfehler, indem vornehmlich bei schwachen Verben für das Präsens das Imperfektum gelesen wird, weil der Dialekt das Imperfekt nicht kennt und so seine Einprägung in der Schule besonders nötig wird. — Der Frequenz nach sind im allgemeinen lautmotorische Fehler am häufigsten, optische am seltensten. Im besonderen sind gewisse Bedingungen für das Zustandekommen sprachlicher Anomalien beständig und allgemein (Lautstottern, Zufügung, Wiederholung), andere bleiben auf gewisse Altersstufen beschränkt (Verwechslung, Metathese, Verstümmelung, grammatischer Fehler) oder sie treten nur sporadisch auf (Antizipation, Umstellung, Kürzung, Assimilation etc.). Es ist also möglich, daß die den Lese Fehlern, namentlich den lautmotorischen, analogen sprachwissenschaftlichen Tatsachen auf konstant gebliebene Bedingungen ihres Eintretens in der Sprache des Kindes sich zurückführen lassen, zumal da jedes Kind sich die Sprache erst schaffen muß. In dem möglichst schnellen Tempo treten mehr Fehler, namentlich lautmotorische auf, da die gewohnte Koordination der Bewegung gestört ist, beim Rückwärtslesen treten häufig Umstellungen auf, während im übrigen diese Leseart nicht viel mehr Fehler aufweist, als das Vorwärtslesen, nur begeht der objektive Typ hierbei weniger Fehler als der subjektive. Beim Buchstabieren von links nach rechts gehen Kinder leicht in Lautieren über, andererseits machen die Kinder beim Buchstabieren relativ weniger Fehler als die Erwachsenen. Beim tachistoskopischen Lesen mehren sich die Verwechslungen und Verschmelzungen.

Diese inhaltlich vortrefflichen Ausführungen geben nur zu einigen methodologischen Bedenken Anlaß. Zunächst ist die Berechnung der Expositionszeit nicht einwandsfrei; wenn der untere Rand des Spaltes das Leseobjekt erreicht, dann ist dieses noch nicht in seiner ganzen Ausdehnung sichtbar, damit es also erkennbar sei, ist mindestens die Sichtbarmachung der oberen Hälfte der Typenhöhe nötig; ebenso nachdem der obere Rand des Spaltes das Leseobjekt erreicht hat, bleibt das ganze Leseobjekt nur noch so lange erkennbar, als noch nicht seine obere Hälfte verdeckt ist: die Hinzurechnung von $\frac{2}{3}$ der Typenhöhe zur Spalthöhe ist also unberechtigt. Die Einteilung der Buchstaben nach ihrem dominierenden oder nicht-dominierenden Charakter sowie die nach ihrer geometrischen Form stützt sich auf ein weit zu geringes statistisches Material. Um bei den Versuchen mit gewöhnlichem Lesen Resultate zu gewinnen, genügt nicht die Bestimmung wie viele Werte bei der einen Versuchsbedingung größer waren als bei der anderen, sondern auch der Grad des Wertunterschieds in jedem einzelnen Fall muß berechnet werden. Auch wäre eine Zusammenfassung der für das gewöhnliche Lesen gewonnenen Zeiten zu Mittelwerten größeren Umfangs ratsam. Im übrigen wäre zu wünschen, daß die interessanten Ergebnisse des Verf.s an einer größeren Anzahl von Versuchspersonen ihre Nachprüfung fänden, da je zwei Kinder für eine Altersstufe und je zwei Erwachsene für einen Typus eine relativ geringe Anzahl von Versuchspersonen ist. Im einzelnen kommt bei der Erklärung für die langen Buchstabenzeiten bei Erwachsenen nicht bloß die negative Instanz der Entwöhnung der Analyse, sondern auch die positive fortgeschrittene Übung in Wörterlesen in Betracht.

Heymans, G., Über Unterschiedsschwellen bei Mischungen von Kontrastfarben. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 32 S. 38—49.

Die Mischung erfolgte mittels eines Apparats, an dem ein graduierter flacher Metallring von 40 cm Durchmesser auf einem metallenen Kreuze montiert und so auf einer Drehscheibe zu befestigen war: auf das Kreuz wurde eine das Innere des Ringes ganz ausfüllende blaugrüne, blaue oder schwarze Farbenscheibe von 36,5 cm Durchmesser, in der zwei sich gegenüberliegende, von der Peripherie nach dem Zentrum hin gerichtete Einschnitte von 7 cm Länge sich befanden, festgeschraubt; zwei metallene Ansätze von 18° Bogenlänge waren auf der Peripherie des Metallringes verschiebbar und in jeder beliebigen Stellung durch Schrauben fixierbar, sie trugen rote, braungelbe oder weiße Papierstücke, von denen ein beliebiger Teil hinter den erwähnten Einschnitten versteckt werden konnte; endlich wurden doppelte Sektorenscheiben von gleichem Durchmesser wie die Farbenscheibe, aber von verschiedener Breite aus rotem, braungelbem oder weißem Papier auf die Drehscheibe befestigt. Wurde nun der Apparat mit der Hand in schnelle Rotation versetzt, so war ein innerer Kreis, in dem die Farbe der Scheibe

in bestimmtem Verhältnis mit ihrer Kontrastfarbe gemischt war, und ein äußerer Kreis, in dem ein gewisser Betrag der ersten Farbe durch die zweite ersetzt war, wahrnehmbar. Auf diese Weise wurden die Unterschiedsschwellen bei der Mischung der drei Kontrastfarbenpaare für die Mischungsverhältnisse von 5 : 1, 4 : 2, 3 : 3, 2 : 4, 1 : 5, 0 : 6 bestimmt. Versuchsperson war Verf. und ein Student; da die Ergebnisse beider die gleiche Gesetzmäßigkeit zeigten, wurden sie zu einer Mittelzahl vereinigt. Diese Ergebnisse, die graphisch wie tabellarisch mitgeteilt werden, besagen, daß bei der Mischung von Rot und Blaugrün oder von Braungelb und Blau der Unterschiedsschwellenwert am geringsten ist bei einem mittleren, ein reines Grau ergebenden Mischungsverhältnis, um von hier aus nach beiden Seiten hin regelmäßig anzusteigen; bei der Mischung von Schwarz und Weiß hingegen nimmt die Unterschiedsschwelle von der dunkelsten bis zur hellsten Nuance regelmäßig zu. Der Verlauf der Kurven läßt vermuten, daß stets die Unterschiedsschwelle vom Minimum an demjenigen Betrage proportional wächst, um welchen die eine Farbe durch die andere ersetzt ist. Verf. berechnete daher die wahrscheinlichen Werte der Mischungsverhältnisse höchster Unterschiedsempfindlichkeit, die diesen Verhältnissen entsprechenden Unterschiedsschwellen, und die Erhöhungen letzterer bei Änderungen der Mischungsverhältnisse im Verhältnis zum Änderungsbetrag. Es lag dann bei der Mischung von Rot und Blaugrün das Minimum von $3,83^0$, bei einem Mischungsverhältnis von 55^0 Rot und 305 Blaugrün, von hier an stieg die Unterschiedsschwelle um $0,027^0$ für jeden Grad Rot, der durch Blaugrün, und um $0,025^0$ für jeden Grad Blaugrün, der durch Rot ersetzt wurde; bei der Mischung von Braungelb und Blau war die Unterschiedsschwelle am geringsten = $2,92^0$ bei $214,4^0$ Braungelb und $145,6$ Blau, sie stieg dann um $0,0205^0$ oder $0,0182^0$, je nachdem Braungelb durch Blau oder dieses durch jenes um einen Grad ersetzt wurde; bei der Mischung von Weiß und Schwarz war sie am geringsten = $0,16^0$ bei möglichst reinem Schwarz und steigt dann um $0,011^0$ für jeden Grad Schwarz, der durch Weiß ersetzt wird. Diese Werte stimmen mit den beobachteten vollständig überein. Die Ersetzung einer Farbe durch die andere jenseits des Unterschiedsschwellen — Minimum bedeutet aber nur eine zunehmende Sättigung der letzteren Farbe. Verf. berechnete daher für die sechs durchexperimentierten Mischungsverhältnisse die Beträge von Grau, welche der sichtbaren Farbe des inneren und des eben merklich davon verschiedenen äußeren Ringes beigemischt waren, und bildete die Sättigungsdifferenzen beider Ringe. Diese Differenzen bedeuten bei der vollständig kompensierten Mischung den eben merklichen Sättigungsgrad einer Farbe und bei den anderen Mischungsverhältnissen die Unterschiedsschwellen für Farben von bestimmtem Sättigungsgrade. Da ferner die jeweilig miteinander gemischten Farben von gleicher Helligkeit waren, so sind alle diese Reiz- und Unterschiedsschwellen reine Sättigungsschwellen. Es steigt nun nach dieser Tabelle die relative Unterschiedsschwelle rasch bei abnehmender Sättigung, ohne je eine Strecke von annähernder Konstanz zu zeigen. Faßt man ab

die Unterschiedsschwelle als Hemmungswirkungen auf, welche von den Vergleichsreizen verursacht und diesen Ursachen proportional sind, dann schwindet die Divergenz der Sättigungsschwellen von den Intensitätsschwellen. Verf. berechnete nämlich die Hemmungskoeffizienten, durch welche das Verhältnis zwischen den hemmenden und den eben gehemmten Reizbeträgen gemessen wird, für die Wirkung des durch Mischung zweier Komplementärfarben hervorgebrachten Grau, um so für jede der sechs vorliegenden Mischungen die totale Hemmungswirkung des dabei verwendeten Grau zu ermitteln: zieht man letztere von der entsprechenden Unterschiedsschwelle ab und teilt den Rest durch den Betrag des beigemischten Rot, Blaugrün, Braungelb oder Blau, so erhält man den Hemmungskoeffizienten von Rot auf Rot, Blaugrün auf Blaugrün etc. Es zeigt sich dann, daß die Hemmungswirkungen mehrerer in eine Mischung eingehender Komponenten sich einfach addieren. Seine Ergebnisse benutzt Verf. aber nicht nur als Stütze seiner Hemmungstheorie, sondern auch zu einer Kritik der Farbentheorie. Sind nämlich nach der *Helmholtz*schen Auffassung alle Verbindungen von Kontrastfarben Produkte einer Addition, dann bleibt unerklärlich, warum die Unterschiedsschwelle nur bis zu einem bestimmten Mischungsverhältnis abnimmt, um dann wieder zuzunehmen. Diese Tatsache stimmt allerdings zu der *Herings*schen Theorie, nach der ein Minimum der Reizung bei der ausschließlichen Grau-Wahrnehmung liegt; aber gegen diese Theorie spricht wieder die Tatsache, daß bei der Mischung von Schwarz-Weiß kein solches Minimum vorhanden ist: der geradlinige Kurvenverlauf für die Schwarz-Weiß-Mischung deutet vielmehr darauf hin, daß es sich hier nicht wie bei den anderen Kontrastfarben um antagonistische Reize handelt, sondern daß der farblose Lichtreiz sich einem konstanten inneren Reize, der die Schwarzempfindung hervorruft, einfach superponiert. Verf. selbst stellt aber diese Betrachtung über die Farbentheorie nur als eine Vermutung hin, über die das letzte Wort zu sprechen er „gern und mit Vertrauen“ den Physiologen überläßt. Vielleicht hat Verf. aus seinen tatsächlichen Ergebnissen nicht nur in bezug auf die Farbentheorie, sondern auch in bezug auf die Hemmungstheorie zu weit gehende theoretische Konsequenzen gezogen; gleichwohl bleibt die Arbeit ein sehr geistvoller Versuch einer scharfsinnigen und folgerichtigen Deutung von interessanten Tatsachen.

McC. Gamble, Eleanor A., und Calkins, Mary Whiton, Über die Bedeutung von Wortvorstellungen für die Unterscheidung von Qualitäten sukzessiver Reize. Teil II. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 33 S. 161—170.

Die Versuchsobjekte waren Gesichts- und Geruchseindrücke. Jene bestanden 1. aus blauen und purpurnen Flüssigkeiten, die sich in runden Glasfläschchen von 57 ccm Inhalt befanden und in Augenhöhe auf eine Entfernung von ca. 2,5 m auf farblosem Hintergrunde bei durchfallendem Licht gesehen

wurden; 2. aus *Marbes* blauen und grauen photographischen Papieren, die 5,08 qcm groß waren und in der Mitte einer völlig schwarzen 60,96 qcm großen Tischplatte lagen. Der Helligkeitskontrast wurde dadurch vermieden, daß die Versuchspersonen, Studenten der Psychologie, vor ihren Augen einen schwarzen Schirm hielten, den sie auf ein Signal hin während der Expositionszeit sinken ließen. Papiere mit Flüssigkeiten waren in einer neungliederigen Reihe möglichst gleichmäßig von Dunkel zu Hell abgestuft. Als Gerüche diente eine Gruppe von sieben ätherischen Ölen und sieben konzentrierten chemischen Parfüms. Diese drei Paare von Reizreihen wurden benannt und unbenannt gegeben; und zwar waren bei der einen Hälfte von Versuchspersonen die Blau-, bei der anderen die Graunüancen benannt, eine entsprechende Variation fand auch bei den Flüssigkeiten und Gerüchen statt. Die Benennung der Papiere erfolgte nach ihrer Helligkeit (am dunkelsten, sehr dunkel, dunkel, schwach dunkel, neutral, schwach hell, hell, sehr hell, am hellsten), die der Gerüche nach ihren Namen. Bei den Papieren wurde mit dem dunkelsten begonnen, jedes Papier 5 Sek. lang exponiert, worauf eine Pause von 55 Sek. folgte; die Gerüche wurden in alphabetischer Reihenfolge vorgeführt, jeder Geruch wurde 10 Sek. lang gereicht, worauf eine Pause von 1 Min. folgte. Der einen Hälfte von Versuchspersonen wurde zuerst die benannte, der anderen die unbenannte Serie gegeben. An diese „Einleitungsprozedur“ schloß sich in einem Abstände von 3 Min. bei den Papieren und von 5 Min. bei den Gerüchen der „Unterscheidungsversuch“ an. Hierbei wurde jedes Papierchen mit sich selbst und den beiden in der Reihe benachbarten verglichen, so daß „gleich“ oder „heller“ oder „dunkler“ geurteilt werden mußte und jede Versuchsperson im ganzen je 100 Vergleiche in der benannten und unbenannten Reihe vornahm. Von den Gerüchen wurde jeder mit sich und jedem Gliede seiner Gruppe in jeder der beiden möglichen Reihenfolgen verglichen; in einer Sitzung wurden von den 49 möglichen Kombinationen 20 Paare aufs Geratewohl ausgewählt und im ganzen von jeder Versuchsperson je 100 Vergleiche von benannten und unbenannten Reizen gewonnen; die Urteile waren hier nur „gleich“ oder „verschieden“. Das Intervall zwischen den einzelnen Expositionen und das zwischen den verglichenen Reizen betrug bei den Papieren 5 resp. 55 Sek., bei den Gerüchen 10 resp. 60 Sek. Bei den Flüssigkeiten endlich wurden die unbenannten Reihen immer zuerst gegeben, damit nicht „das Schema der Namen von einer Reihe von Farben auf die andere übertragen“ werde; ferner wurde mit Rücksicht auf die verschiedene Durchsichtigkeit der hellsten, mittleren und dunkelsten Flüssigkeiten die Serie in drei Gruppen zu je drei Nüancen geteilt und das mittlere Glied jeder Gruppe zehnmal mit sich selbst und zehnmal in wechselnder Reihenfolge mit jedem Gliede der anderen Gruppe verglichen; auch wurden hier die Namen „logisch“ gelernt, indem „zum Zwecke der Erläuterung nur das hellste, dunkelste und mittelste Glied der schon verwendeten Serien gezeigt wurde“; die Expositionszeit betrug hier 2 Sek., das Intervall zwischen den Reizen 58 Sek. und das

zwischen zwei Vergleichen 30 Sek. Die Reihenfolge der verglichenen Reizpaare wurde systematisch variiert. Die Unterschiede waren in allen Reihen übermerklich. — Es ergab sich kein eindeutiger Einfluß der Benennung: der Name zählt nur als eine Assoziation, keineswegs mehr in solchen Experimenten. Die Wiederholung des Reizes vermehrte die Fehler, hauptsächlich infolge der Erwartung, und veranlaßte eine größere Zahl von Irrtümern in den benannten als in den unbenannten Reihen, während das letztere Verhältnis sich bei Verschiedenheit der verglichenen Reize umkehrte. Das Lautbild des Namens scheint also schädlich zu sein für die Erkennung einfacher Reize, förderlich für das Zustandekommen des Verschiedenheitsbewußtseins. Von einzelnen Tatsachen sei noch bemerkt, daß die zweite Farbe häufiger „dunkler“ als „heller“ genannt wurde, und daß viel mehr Reproduktionen — hauptsächlich von anderen Geruchsempfindungen — bei den Gerüchen als bei den Farben vorkamen, auch wurden jene richtiger erkannt und unterschieden als diese.

Man kann den Verf. nur beipflichten, wenn sie selbst bemerken, „so weit diese etwas rohen Versuche überhaupt eine Beweiskraft besitzen“. Es ist fast unbegreiflich, wie man die künstliche und vage Bezeichnung von Farben nach ihrer Helligkeit für einen „Namen“ halten und eine Reihe von Farbennüancen in Parallele setzen kann mit einer Gruppe von der Qualität wie dem Namen nach wohl unterschiedenen Gerüchen; in der Tat vermehrte ja bei den letzteren der Name merklich die Anzahl der richtigen Fälle. Zu dieser rohen Technik kommt aber noch eine so unklare und unbeholfene sprachliche Darstellungsweise, daß die Lektüre der Arbeit geradezu eine Qual ist und zuweilen der wahre Sinn ein Rätsel bleibt.

Wiersma, E., Untersuchungen über die sogenannten Aufmerksamkeitsschwankungen. (III. Artikel.) Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 31 S. 110—126.

Nachdem Verf. in den beiden ersten Artikeln die zentrale Bedingtheit der Aufmerksamkeitsschwankungen bei normalen Personen unter normalen wie abnormen Umständen nachgewiesen hat, sucht er sie auch bei Geisteskranken zu erhärten. Vor dem Versuch, der bei derselben Versuchsperson stets zur nämlichen Tageszeit stattfand, wurde die Stimmung der Versuchsperson festgestellt. Als Reiz diente das Ticken einer Remontoiruhr in einer Entfernung von 4 oder 9 oder 16 oder 20 oder 24 oder 25 dcm. von den Gehörgängen; an jedem Tage wurden zwei durch ein Intervall von acht Min. voneinander getrennte Versuche, deren jeder fünf Min. dauerte, angestellt. Die Zeit vor den Versuchen war stets gleichmäßig ausgefüllt, geistige und körperliche Ermüdung waren während der Versuchstage ausgeschlossen, der Schlaf war während dieser Tage entweder stets gut oder gleichmäßig gestört.

Experimentiert wurde an sieben Personen, teils Männern teils Frauen. Die erste schwankte zwischen heiteren, deprimierten und sehr deprimierten, die zweite zwischen deprimierten und sehr deprimierten Stimmungen; die dritte litt an periodischer Melancholie und hatte Depressionsanfälle, die durch normale Tage voneinander getrennt waren; die vierte war von Exaltationen befallen, die oft plötzlich in Depressionen und dann in einen normalen Zustand übergingen. In all diesen Fällen war das Wahrnehmungsvermögen, gemessen an der mittleren Merklichkeitszeit in Sekunden, am besten in der Exaltation, am schlechtesten in der Depression, namentlich wenn sie hochgradig war, und von mittlerer Güte an den normalen Tagen. In Übereinstimmung hiermit zeigte eine fünfte Pat., die von einer schweren Hysterie ziemlich geheilt war und keine Gemütschwankungen mehr hatte, keinerlei bedeutende Schwankungen der Wahrnehmungsfähigkeit mehr, sondern infolge der Übung und fortschreitenden Genesung eine fast stetige Besserung. Der sechste Pat. litt an Neurasthenie und Ideenflucht mit oder ohne Ermattungsgefühl. Wurde die Ideenflucht durch Darreichung von 2 g Bromnatrium beseitigt, dann war das Wahrnehmungsvermögen am besten, während es an den andern Tagen merklich schwächer war und zwar in höherem Grade, wenn mit der Ideenflucht ein Ermattungsgefühl verbunden war, als wenn dies fehlte. Auch die siebente Versuchsperson krankte an Neurasthenie, die sich namentlich in Zwangsvorstellungen äußerte; diese waren aber entweder sehr oder wenig oder unter dem Einflusse von Bromnatrium gar nicht quälend. In letzterem Falle war das Wahrnehmungsvermögen für Gehörsreize von drei verschiedenen Intensitäten je nach der Entfernung der Uhr und für Druckreize, hervorgebracht durch das stets gleiche Auflegen von 14 g auf dieselbe Hautstelle, am größten und im ersten Falle am geringsten, nämlich — 0. Der Unterschied im Wahrnehmungsvermögen kam jedoch bei den Gehörsversuchen besser zutage als bei den Druckversuchen. Hiermit glaubt Verf. auch durch psychopathische Fälle die zentrale Bedingtheit der sog. Aufmerksamkeitsschwankungen erwiesen zu haben. Denn daß nicht die motorische Hemmung, welche bei der periodischen Melancholie und beim zirkulären Irresein die Depression begleitet, sondern die Erhöhung der Schwelle die Verkürzung der Merklichkeitszeit bedingt, beweist die Tatsache, daß bei der vierten Pat., an der mit zwei verschieden starken Gehörsreizen experimentiert wurde, an einigen Tagen die Wahrnehmungsfähigkeit für den schwächeren Reiz ganz verschwunden, für den stärkeren aber noch vorhanden war.

Die Zahlenergebnisse illustriert Verf. in dankenswerter Weise stets noch durch die aus ihnen konstruierten Kurven; dagegen berechnet er leider keinerlei Mittelwerte aus allen Resultaten bei jeder einzelnen Versuchsperson und bei allen zusammen, wodurch die Übersichtlichkeit stark leidet und eine zahlenmäßige Angabe über die Wahrnehmungsfähigkeit unmöglich ist. Zu Bedenken gibt auch die Tatsache Anlaß, daß die Stimmung wie die mittlere Merklichkeitszeit offenbar nur durch die Selbstbeobachtung der Versuchsperson ermittelt wurde.

Stern, W., Angewandte Psychologie. Beiträge zur Psychologie der Aussage. 1. Heft S. 4—45. Ambr. Barth. Leipzig.

Die angewandte Psychologie stellt die psychologische Forschung in den Dienst der praktischen Kultur und macht Front sowohl gegen die Intuitiven wie gegen die Psychologen; jene wännen mit der Tradition und natürlichen Menschenkenntnis, diese mit allgemeinen Begriffen und Abstraktionen auszukommen. Die Intuitiven übersehen, daß der psychologische Takt, so wenig er auch durch Wissenschaft zu ersetzen ist, doch durch diese vertieft werden muß, da er bei neuen Konstellationen allzu leicht versagt: es geht hier wie bei der Kunst: so wenig das intuitive Schauen des Künstlers durch die genaue Kenntnis der Anatomie und Perspektive überflüssig wird, so nötig ist doch diese für jenes; allerdings wird die vertiefte psychologische Bildung mehr einen stillen als in bestimmten Daten leicht aufzeigbaren Einfluß auf Richter, Erzieher, Geisteswissenschaftler etc. ausüben. Die Psychologen, welche sich nicht nur unter Fachpsychologen, sondern auch unter Pädagogen, Psychiatern, Kriminalpsychologen etc. finden, vergessen, daß die Psychologie die geistige Wirklichkeit nicht wie sie ist beschreibt, sondern unter dem Gesichtswinkel der indifferenten sachlichen Objektivation, der Analyse und Allgemeingültigkeit bearbeitet, um so zu den elementarsten Beschaffenheiten und zu allgemeingültigen Gesetzen zu gelangen; auf diese Weise verlieren persönliche Wertungen, Einheiten und Individualitäten ihre Bedeutung, während doch gerade diese für die Sphären der Kultur von größtem Interesse sind, da hier die Person nicht wie in der Wissenschaft als Exemplar, sondern als Individualität, die etwas schlechthin Irrationales ist, gilt. Im Gegensatz zur Physik und Chemie muß also die Psychologie, ähnlich wie die Medizin, bei ihrer Anwendung ihren prinzipiellen Standpunkt wechseln: Grundwissenschaft der Kultur ist in erster Reihe die Ethik. „Die Psychologie kann uns sagen, wie gewollt wird, nie aber, wie gewollt werden soll; sie kann uns sagen, wie sich die Vorstellungen verknüpfen, nie aber, wie sie verknüpft werden sollen, damit Erkenntnis entstehe.“ Daher ist z. B. eine Verbrechernatur oder das Auftreten von Sinnes- und Erinnerungstäuschungen vom psychologischen Standpunkte aus sehr willkommen, vom ethischen und logischen aber etwas Störendes. — Die Aufgabe der angewandten Psychologie reicht gerade so weit wie die sachliche Betrachtungsmöglichkeit menschlichen Geisteslebens, da über die Mittel und Wege im Dienste der persönlichen Wertung und Stellungnahme nur die Sachverständigen kompetent sind. Des näheren ist zu unterscheiden zwischen Psychognostik und Psychotechnik. Jene liefert das Material, welches zeigt, wie die Normen und Forderungen im speziellen Fall verwirklicht sind, und die Hilfsmittel, persönliche Werte zu beurteilen; so muß der Richter die Motive und Verantwortlichkeit des Verbrechers, der Lehrer die Begabung des Schülers, der Vater die Interessenrichtung des Sohnes zu würdigen suchen; die vulgäre psychologische Beurteilung reicht hierbei nicht aus, da sie die ungeheure Komplikation des geistigen Lebens zu sehr vereinfacht und die aus dem

eigenen Ich bekannten seelischen Geschehnisse zu leicht verallgemeinert, so daß entweder Vergewaltigung oder Verständnislosigkeit eintritt. Die Psychognostik ist also eine allgemeine oder differentielle. Jene zieht das Willensleben in Betracht bei aller moralischen Beurteilung, wo es sich um Verantwortlichkeit, Charakteranlage und Gesinnung handelt, um den naiven Wahn von einem Parallelismus zwischen äußerer Handlung und innerem Motiv zu zerstreuen; gleiche Dienste leistet die Psychologie des Vorstellungsverlaufs der Logik und Erkenntnistheorie, die der Wahrnehmung und des Gefühls der Ästhetik. Die differentielle Psychognostik stellt gewisse Typen und Entwicklungsgrade des seelischen Lebens auf, um so der Individualität dieser Asymptote aller Wissenschaft, wenigstens möglichst nahe zu kommen. Auf diese Weise werden zunächst die Eigenarten der Kinder, Frauen, Verbrecher etc. bei der moralischen Beurteilung ihre Würdigung finden; sodann aber wird eine wissenschaftliche Prognostik, ein Befähigungsnachweis im weitesten Sinne möglich sein; an die Stelle des unwissenschaftlichen, intuitiven Draufloslebens wie der halbwissenschaftlichen Graphologie, Phrenologie, Physiognomik und dgl. wie endlich der Gewaltsamkeiten der Examina wird dann treten eine Kenntnis von den Varietätenbildungen geistigen Daseins, ihrer Existenz wie ihrer Ätiologie nach, und eine zuverlässige Symptomatologie und Diagnostik-Forderungen, deren Erfüllung keine prinzipiellen Bedenken entgegenstehen. — Die Psychotechnik liefert die Hilfsmittel, wertvolle Zwecke durch geeignete Handlungsweisen zu fördern; so kommt die Psychologie des Gedächtnisses der Pädagogik, die der Suggestion der Psychotherapie, die der Frage und Antwort dem Zeugenverhör, die der Beeinflussung von Handlungen der Strafbemessung zugute. In allen diesen und ähnlichen Fällen kann nicht die Intuition sondern nur die psychische Technik das Optimum im Verhältnis von Mittel und Zweck finden; auch kann man die dementsprechend notwendige Vervollkommenung nicht der tastenden Praxis überlassen, da die möglichste Beschränkung des praktischen Experimentierens eine geradezu sittliche Forderung ist, falls nicht wieder der Mensch Mittel zum Zweck und der Fortschritt verlangsamt werden soll. Andererseits soll aber die Theorie ihre Vorarbeit soweit wie möglich führen, ehe ihre Befunde praktisch ausgenutzt werden, da eine Hypothese, die im Bereiche der Theorie nichts schadet, ja sogar sehr nützlich ist, in der Praxis unheilbaren Schaden anrichten kann — *studuisse construit, studere destruit*. Auch die Psychotechnik ist allgemein oder differentiell, je nachdem sie aus allgemeinen Funktionsgesetzen des Seelenlebens Regeln für ihre Verwertung aufstellt oder Typen berücksichtigt und so der Schablonisierung des natürlichen Menschenverstandes bei der Behandlung entgegenarbeitet. Ist bei der Psychognostik alles von der Zukunft zu erwarten, so leistet die Psychotechnik bereits mannigfache Dienste, namentlich der Pädagogik. — Das Verfahren der angewandten Psychologie unterscheidet sich nicht unwesentlich von dem der theoretischen Psychologie. Zunächst muß sie die Lebensnähe beachten, indem sie die Analyse nicht bis zu den einfachsten Elementen unbekümmert

um die praktische Bedeutung der einzelnen seelischen Funktionen treibt. So wird namentlich das Experiment lebenswahrer gestaltet werden müssen auf Kosten der Exaktheit, ohne deshalb die Vorteile des wissenschaftlichen Experiments preiszugeben. „Jeder Exaktheitskult, der die absolute Größe der Exaktheit zum Maßstabe des wissenschaftlichen Wertes macht, ist geradezu eine Lahmlegung der Forschungsarbeit.“ Die Exaktheit ist niemals Selbstzweck, sondern nur Mittel zum Zweck. So nötig also auch stets das theoretische exakt-analytische Experiment zur Vorbereitung und Wegweisung, zur Kontrolle und Nachprüfung des angewandt-psychologischen Experiments sein wird, so sehr wird sich dieses mit der relativen Exaktheit, d. h. mit der für das vorliegende Problem ausreichenden Genauigkeit der Anordnung und Berechnung begnügen können; je komplexer aber ein psychologisches Phänomen ist, um so größer sind auch die praktisch an ihm in Betracht kommenden Veränderungen und Abstufungen. Zweitens wird die angewandte Psychologie die Differenzierung in den Vordergrund rücken; ist für den Theoretiker omnis determinatio negatio, so hat für die Praxis allgemeine und differentielle Psychologie gleichen Wert. Diese beiden methodologischen Eigenarten machen den Massenversuch notwendig; nur dieser ermittelt allgemeine Sätze über die ungeheuren Grade individueller Verschiedenheiten, die bei den komplexen Phänomenen weit deutlicher hervortreten als bei den elementaren, auf welche die theoretische Psychologie vornehmlich hinsteuert; auch liefert nur der Massenversuch die breite Fundamentierung, welche bei praktischen Folgerungen im Gegensatz zu bloß theoretischen Einsichten und Hypothesen nötig ist. Dieses Massenmaterial darf aber nicht etwa auf leichtfertige Weise wie durch Enquête oder dgl. zusammengetragen werden, sondern verlangt die Mitarbeit geschulter Fachmänner; einer solchen organisierten Arbeitsgemeinschaft sollen für ein bestimmtes Problem die vom Verf. begründeten und redigierten „Beiträge zur Psychologie der Aussage“ durch Heranziehung von Psychologen, Praktikern und Geisteswissenschaftlern dienen; vor allem aber muß ein Institut für angewandte Psychologie, welches Arbeitspläne und Versuchsanordnung ausarbeitet, Mitarbeiter wirbt und anleitet, mit den Behörden wegen Überlassung von Versuchspersonen in Schulen, Gefängnissen, Kasernen, Krankenhäusern etc. amtlich verhandelt, das Instrumentarium liefert, die Resultate sammelt und nach einheitlichen Gesichtspunkten statistisch verarbeiten läßt, geschaffen werden, damit die Arbeitsorganisation systematisch und fruchtbar sich gestaltet und der jetzige „wilde Betrieb“ in praktisch-psychologischen Arbeiten aufhört; die Kosten eines solchen Instituts dürften relativ geringfügig sein, da Präzisionsapparate nicht so benötigt werden, wie in den schon bestehenden psychologischen Laboratorien und nur der Personalbestand (namentlich Hilfsarbeiter und statistische Assistenz) ein großer sein muß.

Man wird dem Verf. in vielen seiner geistvollen und interessanten Ausführungen zustimmen können, ohne sich zu verhehlen, daß das Ganze ein Zukunftsprogramm ist, dessen Verwirklichung noch gar nicht abzusehen ist.

Dies gilt nicht nur von dem Institut für angewandte Psychologie — selbst der Laboratorien für theoretische Psychologie gibt es noch herzlich wenige —, sondern von der Inangriffnahme der angewandten Psychologie im Sinne des Verf.s überhaupt. Ist doch die theoretische Psychologie als empirische Wissenschaft noch zu sehr in den ersten Anfängen, als daß schon ihre Anwendung in solch weitem Rahmen, wie ihn Verf. vorzeichnet, auch nur ins Auge gefaßt werden könnte. Verf. hat ganz recht damit, daß theoretische Befunde nicht vorzeitig in die Praxis hinausgetragen werden sollten, nur hätte er dies an die Spitze seiner eigenen Vorschläge schreiben sollen. Andererseits begrenzt er das Gebiet der theoretischen Psychologie vielfach zu eng, insofern diese doch nicht bloß analytisch, sondern auch synthetisch verfährt: noch weniger dürften theoretische Ergebnisse in Breite und Sicherheit der Fundamentierung der praktischen Anwendung nachstehen; das hiermit in Widerspruch stehende Prinzip relativer Exaktheit ist wiederum ein höchst bedenkliches; je mehr die theoretische Psychologie ihrem Ideale entgegenstrebt, um so weniger bleibt der angewandten Psychologie an selbständigem Arbeitsgebiet übrig, und je weniger jenes der Fall ist, um so unwissenschaftlicher und dilettantischer muß die angewandte Psychologie verfahren.

Stern, W., Aussagestudium. Beiträge zur Psychologie der Aussage.
I. Heft S. 46—78.

Diese Arbeit soll die programmatische Einführung in Absicht und Arbeitsplan der „Beiträge zur Psychologie der Aussage“ sein. Alle Aussagen über früher Erlebtes haben in ihrer objektiven Wahrheit einen logischen, in ihrer subjektiven Wahrhaftigkeit einen moralischen Wert. Da nun Richtigkeit wie Aufrichtigkeit ihre Grenze haben, so ist das Ziel des Aussagestudiums, die hier in Betracht kommenden Erscheinungsformen und Einflußbedingungen zu ermitteln, um so als Psychognostik die betreffende Aussage korrekt zu beurteilen und als Psychotechnik eine möglichste Verminderung der Fälschungen herbeizuführen. Die Psychognostik hat in erster Reihe eine negative Leistung zu vollbringen, indem sie sowohl die unberechtigte Bequemlichkeit und Vertrauensseligkeit, als ob eine im besten Wissen und Gewissen gemachte Aussage stets objektiv wahr wäre, als auch den unberechtigten Rigorismus, als ob eine mit Überlegung gemachte falsche Angabe auch stets eine beabsichtigte Fälschung oder mindestens strafbare Fahrlässigkeit sei, bekämpft. Denn es gibt in weitem Umfange eine normale und eine pathologische Aussagefälschung ohne Wissen und Willen. Die zunächst destruktive Arbeit beseitigt aber nicht die Beurteilungskriterien überhaupt, sondern ersetzt nur die alten durch neue und zuverlässigere. Zu diesem Zwecke muß die Forschung nachweisen, in welchem Sinne und Grade die Richtigkeit und Falschheit der Aussage von den verschiedenen Bedingungen abhängt. Hierbei kommen in Betracht 1. die Aussageobjekte, welche mannigfacher Natur sein können, so daß die Grenzen, normalen Werte,

Täuschungen und individuellen Differenzen für die verschiedenen Sinnesfunktionen, für das Behalten, Reproduzieren und Wiedererkennen festgelegt werden müssen; 2. die formalen Bedingungen der Wahrnehmung und Erinnerung, wie sie in der psychophysischen Verfassung gegeben sind; ihre Bedeutung liegt klar zutage im Affekt, aber ist nicht minder vorhanden in der Beeinflussung; diese verändert schon die Wahrnehmung, namentlich aber die Erinnerung und Darstellung und ist durch den Unterschied zwischen spontanem Bericht und zwingendem Verhör, das wieder in indifferenten oder suggestiven Fragen angestellt werden kann, ermittelbar; neben der Frage kann aber auch die auf irgend eine Weise vermittelte Kenntnis der Aussage anderer suggestiv wirken. Ferner gehört zu den formalen Bedingungen sowohl der Grad der psychischen Energie, als Aufmerksamkeit bei der Wahrnehmung und als kritische Besinnung bei der Erinnerung (harmlose Erzählung — Eid), wie die zeitliche und räumliche Distanz zwischen Erlebnis und Aussage; 3. Aussagesubjekte, wobei zunächst die bekannten physiologisch und kulturell gegeneinander abgegrenzten Gruppen, wie Alter — Kinderaussagen sind durch ungeschulte Beobachtung, ungezügelter Phantasie, geringes Verantwortlichkeitsgefühl und starke Suggestibilität ungünstig beeinflusst —, Geschlecht, Geisteszustand — die Grenze zwischen Normalem und Abnormem kann der Psychiater nur unter Mitwirkung des Psychologen feststellen —, Bildung, Beruf, Nationalität etc. in Betracht kommen; sodann aber taucht hier als schwerste Aufgabe auf die konkrete Zeugendiagnostik und Aussageprüfung sowohl durch die Feststellung der verschiedenen Grade und Variationen der die Korrektheit der Aussage bestimmenden Eigenschaften, wie durch die Möglichkeit der Einordnung der Aussagen in eine bestimmte Gradskala vermittelt gewisser experimentell-diagnostischer Hilfsmittel. — Die Behandlung der Aussagen und der Aussagenden liefert vorläufig nur noch sehr lückenhafte und provisorische Ausblicke. Zunächst werden die die Aussage verschlechternden Bedingungen eingeschränkt oder beseitigt werden müssen (Suggestivfragen, Kreuzverhör, Prozeßverschleppungen, stundenlanges Wartenlassen der Zeugen, Art der Voruntersuchung, Vereidigungsform, fahrlässiger Falscheid etc.). Dieser negativen Leistung reiht sich als positive die Zuziehung von psychologischen Sachverständigen an, damit sie den Wert von entscheidenden Zeugen und Zeugnissen bestimmen durch Untersuchung der Wirkung der Bedingungen, unter denen die Aussage gemacht ist, und durch experimentelle Zeugenprüfungen zur Feststellung der Beobachtungsfähigkeit und Glaubwürdigkeit; mit Rücksicht auf die Unfertigkeit der Experimentalpsychologie sollen jedoch solche Sachverständige nur in dringendsten Notfällen hinzugezogen werden und auch in diesen nur so lange, als die Juristen nicht genügend mit der Psychologie durch Vorlesungen und experimentelle Übungen vertraut gemacht sind. Endlich kommt die Aussagepädagogik in Betracht: „Der Mensch muß erzogen werden zur Lebhaftigkeit, Treue und Zuverlässigkeit der Beobachtung und Erinnerung.“ Der Grad der Beobachtungsfähigkeit und Erinnerungstreue ist kein unab-

änderliches Fatum. In der Schule müssen also dem Kind durch Bericht über früher Gesehenes, durch Nachzeichnen etc. die Fehler ad oculos demonstriert werden, auch der Naturgeschichts-, Geschichts-, Aufsatz- und Sprachunterricht kann die Erinnerungstreue systematisch heranbilden; die starke Suggestibilität ist zu bekämpfen; selbst im Elternhause sind Aussageversuche mit Bildern, die sogar auf Erwachsene noch erzieherisch wirken, leicht anstellbar; auf all diese und ähnliche Arten ist Vorsicht, kritische Besonnenheit und stets lebendiges Verantwortlichkeitsgefühl zu erstreben. — Die Methoden des Aussagestudiums sind Kasuistik und Experiment. Jene als Sammlung, Beschreibung und Analyse von Fällen des wirklichen Lebens wird sich namentlich stützen auf die Jurisprudenz (Zeugenaussagen und Verhörweisen, Beschuldigung und richterliche Beurteilung des „fahrlässigen Falscheides“), Psychiatrie (Paramnesien, Halluzinationen etc.), Pädagogik (bewußte und unbewußte Lüge, starke Phantasie, Suggestibilität, Entwicklung des Auffassens, der Erinnerung, der moralischen Wahrheitsliebe etc.), Historie (Selbsttäuschung, Massensuggestion, Sagenbildung, Selbstbiographien), Protokolle über spiritistische Séancen, militärisches Meldewesen, journalistische Reportertätigkeit, wissenschaftliche Untersuchungen (Beobachtungs- und Erinnerungsfehler) etc. Wenn auch zuweilen schon durch die bloße Divergenz in den forensischen Aussagen oder historischen Zeugnissen die Existenz von Erinnerungsfälschungen oder durch die Übereinstimmung einer Aussage mit Zeitungsberichten die Suggestivwirkung der Presse erwiesen ist, so wird doch immer die Konfrontation von Aussage und Wirklichkeit die Hauptsache sein. Sie ist möglich in Strafprozessen, in historischen Berichten, vor allem aber im Experiment. Dieses verspricht die größte Förderung des Aussagestudiums, da es nicht wie die Kasuistik auf Gelegenheitsmaterial mit all seinen Zufallsbeschaffenheiten angewiesen ist. Es kann so kompliziert wie die Lebenswahrheit oder möglichst vereinfacht sein oder die Mitte zwischen beiden halten; das erste hat eine sehr erzieherische Wirkung, das zweite dient der Vorarbeit, Wegweisung und Kontrolle, das dritte aber ist das wesentlichste. Sein Material kann zunächst optischer Natur sein: Bilder, die eine bestimmte Zeit dargeboten werden, können mit der Aussage stets vergleichbar und beliebig zu vervielfältigen sein; ruhende Realitäten natürlicher oder künstlicher Art, wobei eine Wiederholung unter gleichen Umständen allerdings nicht immer möglich ist: bewegte Szenen, die dem Leben am meisten entsprechen, aber die Vergleichung zwischen Aussage und Wirklichkeit nur ermöglichen unter Zuhilfenahme des Kinematographen oder wenigstens programmatischer und mimischer Einübung. Akustische Objekte sind verwendbar als Vorlesung schriftlich fixierter Texte oder als stenographierte Gespräche, Vorträge etc.; namentlich bei Kindern sind Wiedererzählungen von Geschichten, Gesprächen sehr angebracht. Die anderen Sinnesgebiete haben nur ein sekundäres Interesse. — Die statistische Verarbeitung der Experimente stellt fest den Umfang durch die absolute Zahl der Elemente in den Angaben und die Treue durch den Prozentsatz der Falschangaben.

Die Milderung der mit der Zählung verbundenen Nivellierung der verschiedenartigen Elemente setzt psychologische Schulung voraus; sie kann zunächst erfolgen durch grobe Abstufung der ziffernmäßigen Bewertung (Hauptangaben z. B. zählen doppelt, Nebenangaben einfach, Angaben mit Vorbehalt halb), wobei allerdings die Abstufung wie die Rubrizierung ein Akt der Willkür ist, aber abgesehen davon, daß die gleichmäßige Bezifferung eine noch größere Willkür ist, kommt es hier nur auf Relationen an. Immerhin ist ein zweiter Weg, die Fraktionierung der Angaben nach bestimmten, dem Inhalt oder den Fehlergattungen entnommenen Gesichtspunkten exakter. Es wird daher die Protokollliste von vornherein zweckmäßig angelegt und die Versuchsanordnung auf eine derartige Fraktionierung bedacht sein müssen. Schließlich wird auch bestimmt werden müssen, wie viele Personen einen bestimmten Fehler machen, um so für die Einzelangabe die Wahrscheinlichkeit ihrer richtigen oder falschen Darstellung unter bestimmten Umständen zu ermitteln. Das unerläßliche Massenexperiment, das geschulte Experimentatoren an verschiedenen Orten nach verabredetem Versuchsplan anstellen und dessen Resultate nach einheitlicher statistischer Methode verarbeitet werden müssen, wünscht Verf. in diesen „Beiträgen“ zunächst diskutiert zu sehen nach Problemstellung und Versuchsanordnung, da es nicht allzu oft gemacht werden kann: es wird sich bei ihm um bewegte Szenen handeln, die Protokoll- und Verhörlisten müßten unter Benutzung der bereits vorhandenen Arbeiten so angelegt sein, daß sie eine übersichtliche Markierung und Bezifferung sämtlicher Angaben und Aufteilung nach verschiedenen Gesichtspunkten erlauben. Die Leitlinien für all dieses sollen in einer Konferenz aller Beteiligten, die dann einen ausführenden Ausschuß ernennen, festgelegt werden. Die Geldmittel (Lieferung von Versuchsmaterial und Apparaten, Druck der Listen, psychologisch geschulte Hilfsarbeiter, die unter Kontrolle und einheitlicher Anweisung das Material statistisch verwerten), könnten vielleicht am ehesten durch Appell an psychologische Gesellschaften, kriminalistische und pädagogische und psychiatrische Vereine aufgebracht werden.

Hoffentlich verwirklichen sich einst die Erwartungen des Verf., nicht nur wegen ihrer hohen praktischen Bedeutung, sondern auch, damit sich endlich die Experimentalpsychologie einer größeren Beachtung und Unterstützung in Nicht-Fachkreisen erfreue; die neu begründete deutsche Gesellschaft für experimentelle Psychologie hätte hier ein sehr dankbares Wirkungsgebiet. Vorläufig allerdings scheint mir ein Massenversuch noch nicht genügend vorbereitet zu sein, da die Methoden noch zu strittig und all die einzelnen Fragestellungen noch nicht klar und erschöpfend genug herausgeschält sind: immerhin wäre es wünschenswert, daß die einzelnen Forscher auf dem Gebiete des Aussageproblems bereits einheitlich zusammenarbeiten, um so allmählich dem einstigen Massenexperiment methodologisch wie inhaltlich die Linien scharf und klar vorzuzeichnen. Die Verrechnung der Ergebnisse durch Wertabstufungen ist, wie ich bereits in meiner Arbeit „Zur Psychologie der Aussage“ ausführte, unhaltbar; auch ihr erneuter Rettungsversuch durch den

Verf. ist trotz aller Einschränkungen als völlig gescheitert anzusehen, da es sich einerseits nicht stets um relative, sondern auch um absolute Werte handelt, andererseits selbst jene durch die vom Verf. nunmehr selbst zugegebene zwiefache Willkür nicht viel weniger getrübt werden als diese.

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Ernst Schultze-Greifswald.

Garnier, Paul, Les hystériques accusatrices. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Oct.-Nov.

Hysterische Personen sind groß im Erfinden und Verleumden. Verf. unterscheidet von diesem Gesichtspunkte aus drei verschiedene Grade: 1. l'inventivité simplement malveillante; 2. l'insinuation accusatrice und 3. l'imputation calomnieuse.

Für den letztgenannten schwersten Grad bringt er drei ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten. Die erste Kranke wollte das Opfer eines Mordversuchs und Notzuchtsattentats sein; man fand sie gefesselt auf ihrer Stube. Eine zweite Kranke wollte von einem Priester geschwängert sein und beschuldigte nachher ihren Vater des Incestes. Die dritte Kranke führte die Bestrafung ihres früheren Bräutigams und zweier anderer Personen wegen eines vermeintlichen Mordes herbei und beschuldigte sodann ihren Vater dieses Mordes.

Zum Beweise der Gefährlichkeit der Hysterischen, die in ihrem Lügen dem Kinde gleichen, erwähnt Verf. einen älteren Fall. Auf die Beschuldigungen eines 16 Jahre alten Mädchens wurde der angebliche Räuber ihrer Ehre, ein Offizier, zu 20 Jahren Gefängnis verurteilt.

Marrell, L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Déc.

Nach einigen allgemeinen einleitenden Bemerkungen bespricht Verf. die verschiedenen Arten der Amnesie und ihr Vorkommen bei Epilepsie, Hysterie, Vergiftungen und Infektionskrankheiten und erörtert sodann unter Heranziehung von praktischen Beispielen ihre Bedeutung für die Rechtsprechung. Daß er die Bedeutung der Amnesie für das Zivilrecht eingehend würdigt, sei hier besonders hervorgehoben.

Hoppe, Hugo, Simulation und Geistesstörung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Januar.

Verf. hat während seiner zehnjährigen Tätigkeit an der Irrenanstalt Allenberg viele Simulanten gesehen und beobachtet. Er beabsichtigt, diese

Gutachten mitzuteilen und nach deren Abschluß die allgemeinen Ergebnisse seiner Untersuchungen zu veröffentlichen.

Bisher liegen uns zwei Gutachten vor, welche Simulation bei Querulantenwahn betreffen. Der eine der beiden Kranken heuchelte Schlaganfälle, Lähmungen sowie Sprachstörungen; der andere Kranke versuchte den Eindruck eines verwirrten, blöden, zeitweilig halluzinierenden Geistesgestörten zu machen.

Pfister, Hermann, Zur Kenntnis des Exhibitionismus. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Oktober.

Der Angeschuldigte litt an angeborenem Schwachsinn; er verschaffte sich auf dem Wege des Exhibitionierens sexuelle Lustgefühle. Nach seiner eigenen Aussage empfand er ein Vergnügen, wenn ein Frauenzimmer sein Ding sah; der Gedanke, damit die Frauen aufzuregen oder zu ärgern, war ihm angenehm, und deshalb tat er es. Der Schwachsinn war aber nicht so hochgradig, daß § 51 St.G.B. zutraf; aber er verdiente eine mildere Beurteilung wegen der angeborenen Minderwertigkeit und der vernachlässigten Erziehung. Verurteilung zu einem halben Jahr Gefängnis. Die Urteilsgründe nahmen von dem Gutachten der Sachverständigen keine Notiz.

Wickel, C., Sittlichkeitsverbrechen und Geistesstörung. Kasuistische Beiträge. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. April-Juli.

Ausführliche Mitteilung von vier einschlägigen Beobachtungen: in zwei Fällen lag Epilepsie vor, in den zwei anderen senile Demenz.

Belletrud et Mercier, Perversion de l'instinct génésique. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Juin.

Der Angeschuldigte, dessen Vater unbekannt war, war seitens der Mutter erblich belastet: recht dürrtge Erziehung: nur ein Jahr in der Schule; vagabundierte dann viel umher; ohne jeden Freund; immer traurig gestimmt. Sexuell abnorm; onanirt; leckt sein Sperma auf oder den eben gelassenen Urin von Frauenzimmern; Vorstellung der weiblichen Beine und Geschlechtsorgane erregt ihn sehr: Dirnen wollen von ihm wenig wissen. Er half als Totengräber aus; umarmte bei der Gelegenheit eine weibliche Leiche, die ihm wegen der dicken Waden gefiel; dabei große sexuelle Befriedigung. Darnach treten bei ihm lustbetonte Träume des gleichen Inhalts auf. Später scharfte er zum Zwecke des geschlechtlichen Mißbrauchs Leichen aus und küßte deren Geschlechtsteile. Er beherbergte einen Leichnam in seiner Stube, und er ebenfalls benützte; der hiervon ausgehende Gestank führte seine Verfertigung herbei.

Psychiatrisch untersucht. Vollständige Anosmie. Sehr leicht ermüdbar. Steht moralisch sehr tief. Mäßige Intelligenz. Von seinen sexuellen Handlungen spricht er gerne und ausgiebig, ohne jede Scheu. Die Lebenden wollten ihn nicht, darum knüpfte er Beziehungen mit den Toten an. Er findet es ganz natürlich, was er getan hat; auf Vorhalt verspricht er aber, es nicht wieder zu tun.

Schultze, Ernst, Der Arzt als Sachverständiger und sachverständiger Zeuge. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Supplement I.

Ausgehend von eigenen Erlebnissen erörtert Ref. die Tätigkeit und die prozessuale Behandlung der Sachverständigen und der Zeugen vor Gericht und hebt besonders die Unterschiede hervor. Der Zeuge führt als etwas Neues dem Richter die Kenntnis eines konkreten Ereignisses als Untersatz zu, der Sachverständige die einer generellen Regel auf dem Gebiete seiner Sachkunde als Obersatz.

Sodann befaßt Ref. sich des genaueren mit der Tätigkeit des sachverständigen Zeugen, dessen rechtlicher Stellung und deren Beurteilung durch die Richter.

Die Pflicht des sachverständigen Zeugen besteht nach Ref. lediglich darin, Wahrnehmungen, die er gemacht hat, wiederzugeben, mit der besonderen Maßgabe, daß es zu dieser Wahrnehmung einer ganz besonderen, nicht bei jedem Durchschnittsmenschen vorauszusetzenden Sachkunde bedurfte. Die Aussage beschränke sich auf das, was dieser besonders geartete Zeuge mit seinen Sinnen beobachtet hat, die durch seinen Beruf hierzu vorzüglich befähigt erscheinen. Das Gebiet der tatsächlichen Beobachtungen braucht er nicht zu überschreiten. Es ist nicht notwendig, daß er den Befund oder auch nur einzelne seiner Teile weiter in logisch-technischer Weise verarbeitet, daß er ihm eine klinische oder gar rechtliche Würdigung zuteil werden läßt.

Der sachverständige Zeuge unterscheidet sich von dem Zeugen dadurch, daß zu der Wahrnehmung und auch zur Schilderung des konkreten Ereignisses oder Zustandes eine besondere fachmännische Kenntnis erforderlich war, die dem gewöhnlichen Menschen, dem Laien, fehlt. Andererseits trennt den sachverständigen Zeugen von dem Sachverständigen der Umstand, daß er dem Richter keine auf besonderer Sachkunde fußende allgemeine Regel übermittelt, vielmehr er und mit ihm das Gericht den Tatbestand einer fachmännischen Beurteilung unterwirft.

Longard, Joh., Hypnose vor Gericht. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Januar.

Das Gutachten führt zu dem Schluß, daß der Angeschuldigte durch Hypnose das Mädchen in einen willenlosen Zustand versetzt hat, in welchem

er es zum außerehelichen Beischlaf mißbrauchte. Die große Unerfahrenheit in sexuellen Dingen und die geringe Intelligenz erhöhten die Suggestibilität. Ohne Hypnose würde das Mädchen sich nicht hingeeben haben.

Der Angeschuldigte erklärte vor Gericht, er halte das von ihm geübte Heilverfahren für Schwindel — er war eben noch Neuling in strafrechtlicher Hinsicht — und behauptete, das Mädchen sei mit den unsittlichen Handlungen einverstanden gewesen. Hypnotische Prozeduren habe er überhaupt nicht vorgenommen.

Die Geschworenen bejahten die erste auf tätliche Beleidigung lautende Hauptfrage (§ 185 St.G.B.), verneinten dagegen die übrigen Fragen, ob der Angeklagte die X, während sie sich in einem willenlosen Zustande befand, zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht habe (§ 176² St.G.B.), und ob er sie vorher zu diesem Zwecke in einen willenlosen Zustand versetzt habe (§ 177).

Der Angeklagte wurde zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt.

Das Gutachten ist auch nach der Richtung hin interessant, als Verf. auf das schamlose, geradezu scheußliche Treiben der Kurpfuscher hinweist. Sind doch in Köln allein 40—50 Magnetopathen, größtenteils verdächtige, vorbestrafte Individuen, gescheiterte Existenzen, die vielfach in ganz unsittlichen Manipulationen machen.

Bernhardt, Paul, Die Verletzungen des Gehörorgans. Forensische Abhandlung über diese, namentlich auch über deren Beziehungen zum Nervensystem. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Supplement I.

Verf. hat das Ergebnis seiner umfangreichen Arbeit selbst in vielen Schlußsätzen zusammengefaßt. Soweit diese für den Leser dieser Zeitschrift von Interesse sind, seien sie hier wörtlich angeführt:

Die Othämatomfrage ist nach ihrer forensischen Seite hin prinzipiell und allgemein nicht zu beantworten. Ob es ein rein spontanes Othämatom gibt, ist zweifelhaft; jedenfalls genügen auf entsprechendem Boden unter Umständen schon die kleinsten unvermeidlichen Traumen des täglichen Lebens. Besonders ist auf häufige Wiederholung kleiner gleichartiger Traumen, bei Geisteskranken auf „Stereotypien“ zu fahnden.

Die zentralen traumatischen Gehörläsionen mit organischer Grundlage sind sehr selten und fast stets unheilbar.

Die Verletzungen des Stammes des N. acusticus sind u. a. besonders durch Niedrigkeit der Reizschwelle für elektrische Klangreaktion und durch exzessive funktionelle Erschöpfbarkeit gekennzeichnet.

Beim Bestehen oder nach Heilung eines otitischen Schläfenlappenabszesses kommt es kaum je zu schwererer Gehörstörung aus dieser Veranlassung, viel eher zu aphasischen Störungen.

Hysterische Taubheit nach Trauma braucht weder doppelseitig noch absolut zu sein und ist nicht selten. Sie tritt auf: 1. als Teil einer Panhemianästhesie; 2. als Monosymptom nach örtlicher Verletzung. Letztere Form ist forensisch wichtiger, aber vielfach äußerst schwer zu diagnostizieren. Wesentliche Gesichtspunkte werden gegeben durch die Tatsache der „psychischen Inkubation“, die örtlichen Nebensymptome hysterischer Art, die Verquickung mit organischen Affektionen.

Die Prognose der isolierten hysterischen Taubheit infolge Ohrverletzung ist aneups, doch mehr Heilung versprechend. Schlechter wird sie durch ohrenärztliche Polypragmasie. Angesichts ungeheilter Fälle soll man ein Schlußgutachten so lange wie möglich zurückhalten.

Biberfeld, Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? Deutsche medizinische Wochenschrift No. 17.

Verf. teilt eine Entscheidung mit, die in obiger Frage das Oberlandesgericht in Karlsruhe getroffen hat.

Was für den ärztlichen Sachverständigen das Wichtigste ist, das ist folgende Ausführung: Es kommt bei der Entmündigung nicht sowohl darauf an, ob der zu Entmündigende einem einzelnen Geschäftszweig, den er sich zu seinem Berufe oder Gewerbe ausersehen hat, mit einer gewissen Gewandtheit und Einsicht obzuliegen versteht, als vielmehr darauf, ob er in der Fähigkeit, „die Gesamtheit seiner Rechtsangelegenheiten in einer vernünftigen und zweckentsprechenden Weise zu besorgen“, beeinträchtigt ist. Der Begriff „Angelegenheiten“ ist hier im weitesten Sinne zu verstehen und umfaßt nicht bloß den Abschluß von Rechtsgeschäften und die Erledigung der Geschäfte des bürgerlichen Verkehrs, sondern erstreckt sich auch auf die Sicherheit seines Vermögens, die Sorge für seine Familie, die Sicherstellung der Umgebung gegen die Gefahren eines krankhaften Handelns, die Fürsorge, daß er nicht in zivil- oder strafgerichtliche Konflikte verwickelt wird; bei der Beurteilung dieser Frage sind auch die öffentlichen Interessen und die allgemeine Wohlfahrt in Betracht zu ziehen.

Die fortgesetzten Zivil- und Strafprozesse, Strafanzeigen und Denunziationen aller Art werden als ein im höchsten Maße unvernünftiges und zweckwidriges Verhalten angesprochen. In dem gänzlichen Mangel an Einsicht in diese Verhältnisse, in welchem sich die geistige Schwäche des Klägers dokumentiert und welcher dazu führt, daß er seiner ungemäßigten Prozeßsucht frei die Zügel schießen läßt, ist auch der Hauptgrund zu erblicken für seine eigene und seiner Familie Notlage. Daher erscheint die Entmündigung wegen Geistesschwäche berechtigt.

Das Oberlandesgericht entscheidet übrigens zuerst, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, und erörtert dann, ob der Kläger seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Das ist nach des Referenten Ansicht ein logischer Fehler, der freilich oft begangen wird.

Material zu § 1569. No. 14. Psychiatrisch - Neurologische Wochenschrift. No. 5.

Das Oberlandesgericht Königsberg betont in seiner Entscheidung, daß das Gesetz eine Art geistigen Todes nicht zur Anwendbarkeit des § 1569 B.G.B. voraussetzt. Das Gesetz ist doch auch zugunsten der geistig Gesunden geschaffen und soll wirtschaftliche und sittliche Nachteile verhüten, namentlich insoweit, als es sich um Erziehung der Kinder handelt.

In dem vorliegenden Falle wurde die geistige Gemeinschaft für ausgeschlossen erachtet. Die Beklagte strebt zwar äußerlich aus der Anstalt heraus und erklärt, zu den Ihrigen zurückkehren zu wollen; sie nimmt aber dennoch nicht irgend welches wirkliche Interesse an den Ihrigen und vermag es nicht zu nehmen; sie hat kein Verständnis mehr für die sittlichen Pflichten des ehelichen Lebens und kein Bewußtsein der gemeinschaftlich bestehenden Interessen, während andererseits auch sie dank der gezielten und gekünstelten Sprechweise den Ihren und insbesondere dem Ehemanne unverständlich ist und bleiben wird.

Das Oberlandesgericht hatte sich in seiner Entscheidung dem Gutachten zweier Anstaltsärzte angeschlossen und war diesem auch darin gefolgt, wo es von dem Gutachten des Kreisphysikus abwich. Denn „die beiden Anstaltsärzte erschienen für die hier in Rede stehenden Fragen an sich als Gutachter in noch höherem Maße qualifiziert als Kreisphysikus Dr. X; ihnen stehen reiche Erfahrungen und ein sicheres Urteil darüber zu“, ob Aussicht auf Veränderung besteht. „Zudem sind beide mit der Persönlichkeit der Beklagten, der Krankheit derselben und dem Verlauf dieser Krankheit naturgemäß viel genauer bekannt, als der Sachverständige X auf Grund der einzelnen Besuche, die er der Beklagten gemacht hat, sein kann.“

Boeck de, Simulation d'aliénation mentale par deux co-prévenus.
Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Avril.
No. 109.

Zwei vielfach vorbestrafte Individuen waren aus einer deutschen Irrenanstalt entwichen und in Brüssel bei einem Einbruch verhaftet worden. Während sie kurz vorher in keiner Weise auffielen, boten sie gleich nach ihrer Festnahme und noch längere Zeit hindurch ein sonderbares Gebaren. Sie zeigten Desorientiertheit, Ideenflucht, Sinnestäuschungen, Größen- und Verfolgungsideen, Angstgefühle, heftige Erregungen, erhebliche Gedächtnisdefekte sowie vorübergehenden Mutismus.

Das sehr wechselnde und äußerst widerspruchsvolle Verhalten, der Mangel an Übereinstimmung der von ihnen gebotenen Symptome mit den bekannten Krankheitsbildern, der Kontrast zwischen ihrem äußeren Verhalten und den psychischen Störungen sowie andere Punkte veranlaßten den Verfasser, die Frage der Simulation zu bejahen. Er nahm ihre volle Zurechnungsfähigkeit an.

Gebauer, E., Die traumatischen Gehirnblutungen in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Wiener klinische Rundschau. No. 38. 39. 40. 41.

Verf. bespricht zuerst die Art der Traumen und dann das Zustandekommen und den Sitz der traumatischen Gehirnblutung, je nachdem, ob die Venen der Diploe, die Arterien der harten Hirnhaut, die Sinus und die ihnen Blut zuführenden Venen, die Gefäße der Pia mater, die Carotis interna und ihre Verzweigungen sowie endlich die Vertebralis die Quelle der Gehirnblutung sind. Darauf erörtert er die klinischen Symptome der intrakraniellen Blutung und die Diagnose; maßgebend sind für diese außer dem Nachweise eines Traumas das freie Intervall und die zunehmende Schwere der klinischen Erscheinungen. Das letzte Kapitel ist der pathologisch-anatomischen Diagnose gewidmet; hierbei sind drei verschiedene Fragen zu beantworten: Stammt der Bluterguß aus der Zerreißung eines Gefäßes und ist er akut aufgetreten? Ist diese Gefäßzerreißung traumatisch oder spontan entstanden? Ist der Bluterguß die Todesursache gewesen?

Burgl, G., 20 Fälle von Exhibition aus der gerichtsärztlichen Praxis. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei. Heft 4. 5.

Verf. berichtet in einer erfreulich knappen Weise über 20 Fälle von Exhibition, die von ihm begutachtet sind.

Drei Angeschuldigte waren nicht geisteskrank; in einem vierten Falle wurde der Angeklagte freigesprochen, weil er an Harnröhrenstriktur litt und deshalb in der Urinentleerung behindert war; die Entblößung des Gliedes konnte aber mangels Nachweises einer gleichzeitigen geschlechtlichen Beziehung nicht als unzüchtige Handlung in Betracht kommen.

In den anderen Fällen war der Täter krank. Siebenmal lag Epilepsie vor; sonst handelte es sich um Imbezillität, Dementia senilis, Alkoholismus, Zwangsvorstellungen bei Neurasthenie.

Es sei hier noch eine Ausführung wiedergegeben, welche Verf. in einem seiner Gutachten machte. Es sei höchst wahrscheinlich, daß der sonst unbescholtene und solide Mann die ganz sinnlose und mit seinem sonstigen Wesen nicht übereinstimmende Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden epileptischen Dämmerzustande begangen habe. Es sei aber durchaus nicht notwendig, um die fehlende strafrechtliche Verantwortlichkeit geltend zu machen, daß der Beweis dafür erbracht werde, daß ein solcher Dämmerzustand vorlag, sondern daß er umgekehrt nur dann strafrechtlich verurteilt werden könne, wenn eine Bewußtseinsstörung mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne; das dürfte aber schwer halten, da er nachgewiesenermaßen an epileptischen Dämmerzuständen leide, da in diesen exhibitionistische Vornahmen sehr häufig vorkämen und da der Kranke in solchen Zeiten sich nicht immer auffällig zu benehmen brauche.

Aschaffenburg, G., Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Soziologen, ein Beitrag zur Reform der Strafgesetzgebung. Heidelberg. Carl Winter.

Das gerade jetzt sehr zeitgemäße Buch behandelt die Ursachen und die Therapie des Verbrechens entsprechend der modernen naturwissenschaftlichen Auffassung, die das Verbrechen als eine Krankheit der Gesellschaft anspricht. Bei den Ursachen unterscheidet Verf. weiter die endogenen individuellen und die exogenen oder sozialen, ohne freilich zu übersehen, daß eine scharfe Trennung nicht durchführbar ist.

Die Arbeit berücksichtigt die Literatur, soweit sie es verdient, sowie vor allem die Reichskriminalstatistik, deren Ergebnisse in einer dem Leser annehmbaren Form verwertet werden. Die Sammlung ist klar und anschaulich trotz knapper Ausdrucksform und verrät überall eine kritische Stellungnahme, der man sich nur anschließen kann.

Wer sich über den heutigen Stand der Kriminalpsychologie orientieren will, dem sei *Aschaffenburgs* Arbeit bestens empfohlen.

Pfister, Hermann, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie für Juristen und Ärzte. Ferd. Enke. Stuttgart 1902.

Eine Sammlung von 24 Gutachten, welche in der Form veröffentlicht sind, wie sie dem Gerichte vom Verf. erstattet worden sind; nach der Einleitung, die den Zweck und die Veranlassung des Gutachtens mitteilt, berichtet er über die Tat und über die Ergebnisse der eigenen Beobachtung und erstattet dann das eigentliche Gutachten.

Die mitgeteilten Fälle sind fast alle recht interessant und lesenswert: vor allem gilt das, um nur einiges hier anzuführen, von dem morphinistischen Apothekerehepaar, das wegen Betrugs angeklagt war (Fall I und II), sowie von den Epileptikern und Schwachsinnigen.

Die Sammlung gewinnt durch ein Register sehr an Brauchbarkeit für die gerichtsärztliche Praxis, sowie durch zahlreiche Anmerkungen, in denen Verf. noch besonders auf die für den Arzt oder Richter wichtigen Punkte hinweist und auch auf die einschlägige Literatur Bezug nimmt.

Kurella, Hans, Zurechnungsfähigkeit und Kriminalanthropologie. Halle a. S. Gebauer-Schwetschke.

Wenngleich die Statuierung der verminderten Zurechnungsfähigkeit unlogisch und unhaltbar sei, so hat sie nach Verf. doch dazu beigetragen, daß das Gebiet, auf welchem man diesen Kompromiß schließt, von psychiatrischer Seite sehr genau durchforscht ist. Verf. bespricht hier in kurzen Skizzen die Anomalien der Geschlechtsgefühle sowie das impulsive und unbewußte Handeln.

Ebensowenig wie Geisteskranke verdienen eine Bestrafung die durch einen ständigen Hang zum Verbrechen charakterisierten unverbesserlichen Rechtsbrecher. Eine scharfe Trennung ist aber nötig. Hierzu bedarf es der Kenntnisse der Kriminalanthropologie und -psychologie. Verf. beschäftigt sich des genaueren mit den Merkmalen der rückfälligen und schweren Verbrecher, insbesondere soweit der Schädel und das Gehirn in Betracht kommen, und geht kurz ein auf die gegen die Lombrososche Lehre vorgebrachten Einwendungen. Er berichtet dann über die wichtigsten Charakterzüge der Verbrechernatur und bespricht unter scharfer Kritik der bestehenden Verhältnisse die sich aus ihrer Lehre ergebenden praktischen Konsequenzen. Auch auf die Folgen, die sich aus weiteren Arbeiten auf kriminalanthropologischem Gebiete ergeben, weist Verf. mit Nachdruck hin.

Brichta, M., Zurechnungsfähigkeit oder Zweckmäßigkeit? Ein offenes Wort an unsere Kriminalistik. Leipzig und Wien. Franz Deuticke.

Der Wille des Menschen ist der Trieb der Selbsterhaltung, der vom Bewußtsein als Trieb nach Lustempfindung subjektiv wiedergespiegelt wird. Die Vorstellungen geben den Ausschlag, welche zufolge Vererbung, Veranlagung, Erziehung und zufälligen Einflüssen die stärkste Intensität besitzen. Das gilt auch von den gesetzlich verbotenen Handlungen. Eine subjektive Schuld der Täter gibt es nicht. Die Kriminalstrafe ist vielmehr eine aus dem Selbsterhaltungstribe des Individuums hervorgegangene Schutzmaßregel der Gesellschaft. Diese rein zweckmäßige Abwehr verhängt über den Täter ein Ungemach, ohne die notwendigen Grenzen der Humanität zu überschreiten; dieses Ungemach soll auch der Gemeinschaft zum Bewußtsein kommen. Von diesem Gesichtspunkte aus unterwirft Verf. die bestehenden Strafen einer Kritik. Neben dem Strafrecht sollen auch sozialpolitische Maßregeln helfen, besser noch vorbeugen.

An Stelle des Begriffs der Zurechnungsfähigkeit tritt der der sozialen Zweckmäßigkeit. Das eigentliche Sicherungsmoment in der Strafe ist das Erfassen der Strafpeinigung durch das Bewußtsein der Gemeinschaftsmitglieder. Das zur Exemplifizierung gewählte Objekt muß hierzu geeignet sein; es muß sich in ihm eine Verbindungsverbindung zwischen Delikt und Strafe vollziehen können, welche wieder als Grundlage bei der Bestrafung dient. An die Stelle der Untersuchung über die sog. Zurechnungsfähigkeit der Täter tritt die über sein Urteilsvermögen in Ansehung der strafbaren Handlung, die Entscheidung der Frage: Besaß der Beschuldigte im Augenblicke der Tat die Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlungsweise? Diese Frage kann von den Ärzten mit relativer Bestimmtheit bejaht oder verneint werden. Kinder bis zu einem bestimmten Alter sind ohne weiteres unzurechnungsfähig, ebenso die Geisteskranken, deren Krankheitsform, sobald sie eintritt, die Zurechnungsfähigkeit ausschließt. Ist der Mangel der strafrechtlichen Einsicht in sich selbst festgestellt, so ist der Täter straflos.

Jeder andere Fall bedarf der individuellen Untersuchung. Auch die Kranken sind zu bestrafen, welche im Zeitpunkte der Tat die Erkenntnis der Strafbarkeit besessen haben; dabei macht es keinen Unterschied, ob die partielle Geistesstörung eine dauernde oder, wie bei den im Affekt handelnden, eine vorübergehende ist. „Gerade vom Standpunkte der nach dem Begriffe der Zurechnungsfähigkeit arbeitenden Schuldvergeltung mußte in der allgemeinen Straferlassung Geisteskranker eine bittere Ungerechtigkeit gegenüber den sogenannten geistig Normalen erkannt werden, welche doch ebenfalls Fleisch und Blut und nicht bloß Geist und Willen besitzen.“

Verf. wird bei seinen Ausführungen nicht überall auf die Zustimmung der Psychiater rechnen können. Abgesehen von einer nicht ganz richtigen Darstellung der Lombrososchen Lehre sei hier nur darauf hingewiesen, daß wieder die partielle Geistesstörung auftaucht. An einer anderen Stelle spricht er von einer leicht erkennbaren nervösen Erkrankung, der sogenannten Melancholie, *melancholia sine delirio*: Unter dem Drucke dieser Erkrankung wird eine Mordtat z. B. an den eigenen Kindern verübt, „jedoch mit vollem Bewußtsein der Strafbarkeit der Handlung“. Es muß also Bestrafung eintreten. Das ist doch zweifellos bedenklich, jedenfalls fraglich. Verf. befürchtet aus einem anderen Verfahren eine nachteilige Einwirkung auf die Allgemeinheit, die so die Vorstellung in sich aufnehmen würde, daß eine vom Täter als Delikt erkannte Handlung keinerlei Strafübel nach sich gezogen hat. Ich halte diese Befürchtungen des Verf. nicht für zutreffend. Vielmehr möchte ich die Gegenfrage stellen: bestand denn wirklich zur kritischen Zeit das volle Bewußtsein der Strafbarkeit der Schuld?

Friedländer, Julius, Zwei Exhibitionisten. Deutsche medizinische Wochenschrift. No. 22.

Ein Exhibitionist litt an präseniler Demenz mit starken Defekten des Intellekts und transitorischen Bewußtseinsstörungen. Verf. vermutet in einem anderen Exhibitionisten, dessen Treiben er schildert, den er aber nicht beobachtet hat, ein neuro- bzw. psychopathisches Individuum, das den Arzt mehr interessiert als den Richter.

Er hält es für unwahrscheinlich, daß der Exhibitionist in seiner so wenig aktiven Handlung an sich, in dieser harmlosen und naiv-schwach-sinnigen Anomalie seine ganze sexuelle Betätigung und Befriedigung sucht; sie stellt ihm lediglich einen präparatorischen, geschlechtlich erregenden Akt vor, dem er als zweiten eine masturbatorische Handlung folgen läßt.

Schultze, Ernst, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Zweite Folge. Halle. C. Marhold.

Ref. hat aus der Literatur des Jahres 1902 alle die Entscheidungen zusammengestellt und nach den verschiedenen Gesetzen bzw. Nummern

deren Paragraphen geordnet, die für die gerichtliche Psychiatrie wie für die Sachverständigentätigkeit der Ärzte im allgemeinen wichtig sind.

Moor, L. de, Note sur un cas de fétichisme. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juli-August.

Der Angeschuldigte war schon siebenmal vorbestraft wegen Diebstahls weiblicher Kleidungsstücke; verschiedentlich hatte er sie sich durch Einbruch verschafft; wertvolle Gegenstände hatte er nicht mitgenommen; nachher zerriß er die Kleidungsstücke und warf sie weg, oder verkaufte sie einmal. Wenn er weibliche Kleidungsstücke bearbeitete oder sie zuschnitt, empfand er eine sehr lebhaft sexuelle Lust, die sich oft bis zur Ejakulation steigerte ohne Berührung der Genitalien. Vorher bestand eine Angst; diese schwand, sobald das begehrte Kleidungsstück in seinem Besitz war, auch wenn er beim Diebstahl ertappt wurde. Dabei normaler sexueller Verkehr; die Toilette reizt ihn, nicht des Weibes Leib. Den höchsten Genuß empfindet er, wenn er ein weibliches Kleidungsstück anzieht und besonders, wenn er es zerreißt.

Verf. faßt ihn als Degenerierten auf, der noch andere psychische und physische Stigmata der Degeneration aufweist, und deshalb darf ihm der Fetischismus nicht angerechnet werden.

Naecke, L'anthropologie criminelle en Allemagne dans le cours des dernières années. Archives d'anthropologie criminelle de criminologie et de psychologie normale et pathologique. No. 116.

Kurze kritische Übersicht über die einschlägigen Arbeiten aus der deutschen Literatur seit dem Jahre 1897 mit Bemerkungen über die Lehre Lombrosos und über deren Ausbreitung sowie Hervorhebung dessen, was an ihr richtig ist.

Erdt, Die gerichtsärztliche Beurteilung der Huntingtonschen Chorea.
• Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei.
Heft 5.

Ein Metzger war angeklagt, mit einer 41jährigen, an Huntingtonscher Chorea leidenden Frau mehrfache Sittlichkeitsdelikte verübt zu haben. Der Verf. kam in seinem Gutachten zu dem Schlusse, daß die Frau an zunehmender Geistesschwäche leide; sie sei sehr bestimmbar und widerspreche sich sehr in ihren Angaben, die früher recht unsicher, jetzt aber ganz bestimmt lauteten, daß die Möglichkeit bestehe, es seien der Frau die dem Angeschuldigten zur Last gelegten Straftaten suggeriert. Da sie auf Laien den Eindruck macht, sie sei mehr körperlich als geistig krank und da man mit ihr sich noch ganz gut unterhalten könne, so brauchte sich der Angeschuldigte nicht der vorhandenen Geistesstörung bewußt zu sein.

Kornfeld, H., Ablehnung der Entmündigung eines Paralytikers.
Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei.
Heft 3.

Kasuistische Mitteilung.

Gudden, Hans, Pathologische Lüge und § 176 Str.-G.-B. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei. 2.

Ein erblich belasteter, einseitig begabter, sonst schwach sinniger und von jeher nervöser Musiker erkrankt an einer hysterischen Psychose, die sich in steigender Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit und schließlich in dem Auftreten von Sinnestäuschungen kundgibt. Die von ihm gehörten Stimmen beziehen sich inhaltlich auf das ihm zur Last gelegte Sittlichkeitsdelikt und veranlassen ihn dazu, unter der Drohung, er sei verloren. Für diese Delikte ist er nicht verantwortlich.

Ähnliches hat er aber schon vor Beginn der Psychose begangen. Es besteht die Möglichkeit, daß damals eine krankhafte Bewußtseinsstörung hysterischer Natur vorlag. Es ist aber viel wahrscheinlicher, daß jene Delikte überhaupt nicht begangen sind, daß ihre Anzeige vielmehr auf eine pathologische Lüge des Knaben, mit dem der Angeschuldigte sich vergangen haben soll, zurückzuführen ist. Dafür sprechen die zahlreichen Widersprüche des betreffenden Knaben und die näheren Umstände, unter denen die unzuchtige Handlung begangen sein soll. Der Knabe, der schwach begabt ist und früher schon auf Lügen ertappt worden war, versuchte so sein Fernbleiben aus der Schule zu entschuldigen. Es bleibt unentschieden, ob der Knabe das Sittlichkeitsattentat durch die Fragen des Lehrers in sich hineinexaminieren ließ oder ob er einen früheren Mißbrauch in diese Zeit verlegte.

Das Verfahren bezüglich sämtlicher Delikte wurde eingestellt.

Beberfeld, Dr. jur., Geistige Krankheiten und Gebrechen und ihre rechtliche Beurteilung. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei. Heft 1.

Nach Verf. ist der Geistesranke von krankhaften, nicht der Wirklichkeit entsprechenden Vorstellungen beherrscht und unfähig, die Vorgänge des Lebens richtig in sich aufzunehmen. Der Geistesschwache ist nicht imstande, soweit, wie sonst ein normaler Mensch, das, was um ihn vorgeht, zu begreifen und richtig zu beurteilen. Der Geistesranke gleicht dem Krüppel, der überhaupt nicht gehen kann, der Geistesschwache wiederum erinnert an einen andern, der nur die Kraft besitzt, einige wenige Schritte zu machen, um dann sofort zusammenzusinken. Der Geistesranke kann bis ins Unendliche zählen, aber er hat die richtige Reihenfolge der Zahlen nicht er-

kannt, zählt also vielleicht 1, 500, 17, 4; der Geistesschwache dagegen kann, wie schon der Volksmund sagt, nicht weiter als bis drei zählen; bis dahin aber zählt er richtig. Wer einer richtigen Vorstellung überhaupt nicht zugänglich ist, dem fehlt jede Geschäftsfähigkeit. Der Geistesschwache steht aber, soweit seine Geisteskräfte reichen, mögen sie auch noch so gering sein, dem normalen Menschen vollkommen gleich; er ist nicht imstande, die Tragweite von Verpflichtungen zu überblicken, und kann belastende Rechtsgeschäfte nicht abschließen.

Nur bei Geisteskrankheit, nicht bei Geistesschwäche kann die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben sein.

Der geistig Gebrechliche weist nur nach bestimmten einzelnen Beziehungen hin Defekte auf; die Fähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten fehlt nicht. Als Beispiele für geistig Gebrechliche nennt Verf. die übergroße Vergeßlichkeit oder die allzu große Entwicklung gewisser Triebe.

Ref. hat die Ausführungen des Verf., die prinzipielle Punkte in der zivilrechtlichen Psychiatrie betreffen, mit Absicht wörtlich und ausführlich wiedergegeben; er kann aber seinen Zweifel nicht unterdrücken, ob sie den Sachverständigen sehr fördern werden, und hebt hervor, daß Verf., wie er auch selbst betont, mit der Ansicht des Reichsgerichts und anderer Gerichte nicht übereinstimmt.

Laquer, Leop., Die Mitwirkung der Ärzte bei der Ausführung des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Supplement II.

Verf. bedauert in seiner auch für nicht beamtete Ärzte geschriebenen Studie, daß eine Befragung der Ärzte vor Anordnung der Fürsorge nicht vorgesehen ist. Wiewohl das neue Gesetz in einer Begründung gerade auf die bedauerliche Zunahme der Kriminalität der Jugendlichen Bezug nimmt, hat es das pathologische Element im Verbrechen weder als Ursache des im Gesetz besonders betonten sittlichen Verderbens noch als Erklärung für die den Jugendlichen innewohnenden verbrecherischen Neigungen berücksichtigt, nicht einmal erwähnt. Die Hervorhebung psychiatrischer Gesichtspunkte wäre aber um so erwünschter gewesen, als sich unter den Zwangszöglingen, die auf Grund des früheren Gesetzes in Anstalten untergebracht waren, nur ein geringer Prozentsatz geistig gesunder Individuen befindet.

In Frankfurt hat sich tatsächlich schon mehrfach die Notwendigkeit sachverständiger Begutachtung des Geisteszustandes von jugendlichen, zur Fürsorgeerziehung vorgeschlagenen Individuen durch Ärzte ergeben.

Verf. erörtert, welche klinischen Krankheitsgruppen, welche diagnostischen und prognostischen Fragen, welche therapeutischen bzw. prophylaktischen Maßregeln in Betracht kämen, indem er von einem ausführlicher wiedergegebenen Fall ausgeht.

Im wesentlichen handelt es sich um die verschiedenen Formen des angeborenen und des im Kindesalter erworbenen Schwachsinns, um Epilepsie, Hysterie, Dementia praecox, sowie die mannigfachen Formen der erblich degenerativen Seelenstörung.

Ob ein Minderjähriger geisteskrank oder sittlich verdorben ist, das wird nicht immer so leicht zu entscheiden sein. Bei der Beantwortung dieser Frage, die nicht nur von ärztlicher, sondern auch von rechtlicher und fiskalischer Bedeutung ist, sind zu berücksichtigen die Erblichkeitsverhältnisse, körperliche Degenerationszeichen und die psychischen Merkmale der Entartung. Als solche fallen im schulpflichtigen Alter auf der frühe Geschlechtstrieb, das frühe Auftreten krankhafter Affekte, Zwangshandlungen, Zwangsideen, Angstzustände (Nachtangst!) und vor allem der andauernde Hang zur Lüge, zum Diebstahl, zur Vagabondage. Gerade die unverbesserlichen Schulschwänzer und Durchbrenner sind moralisch defekte Minderjährige.

Verf. verlangt, daß die Einrichtung der Fürsorgeerziehungsanstalten nicht bloß nach theologischen und pädagogischen, sondern auch nach psychiatrischen Grundsätzen geschehen soll. Eine dauernde Beobachtung und eventuelle Behandlung der Fürsorgezöglinge durch psychiatrisch erfahrene Ärzte ist ein dringendes Erfordernis.

Sehr berechtigt ist der Rat des Verf., beim medizinischen Unterricht die Ärzte mit dem Fürsorgeerziehungsgesetz vertraut zu machen; eine Erleichterung der den Ärzten zufallenden Sachverständigentätigkeit wird durch die Anstellung von Schulärzten angebahnt werden.

Meyer, Ernst, Zur Kenntnis des Querulantenwahns. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei. Heft 1. 2. 3. 4.

Zwei ausführliche Gutachten über an Querulantenwahn leidende Individuen. Das eine Gutachten ist strafrechtlicher Natur und verneint die Zurechnungsfähigkeit; das zweite erklärt den seine Entmündigung Anfechtenden für geisteskrank im Sinne des Gesetzes.

Auch diese Fälle zeigen aufs deutlichste, wie verschieden die Querulanten beurteilt werden. Des zweiten Kranken nahm sich ein Verlagsbuchhändler, der bekannte Freund und Helfer der geisteskranken Querulanten in Württemberg, an mit den Worten: „Treffen die einfachen Bauern mit ihrem gesunden Menschenverstande jedenfalls das Richtige, wenn sie verlangen, daß man dem X. seine Geisteskrankheit durch Taten beweisen müsse“; das entspreche jedenfalls den Forderungen der Wissenschaft mehr als die (angebliche) Berufung auf die „Akten“.

Über den ersten Kranken äußerte sich ein Arzt folgendermaßen: W. leidet zwar an ausgesprochenem Querulantenwahne. W. ist durch die Möglichkeit, jahrelang infolge seiner Entmündigung straflos beleidigen zu können, verwöhnt worden, und ist es wohl möglich, daß eine gehörige Strafe früher

eine bessere Wirkung gehabt hätte, als die Entmündigung. Jedenfalls sei ein gerichtliches Einschreiten gegen ihn vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus vollständig gerechtfertigt.

Demgegenüber betont Verf., daß unter allen Umständen, wenn Querulantenwahn nachweislich schon zur Zeit der Begehung der Handlung bestanden hat, der § 51 Anwendung findet.

Bei diesem Kranken war die Entmündigung aufgehoben worden. Die Urteilsbegründung führt aus, es sei ein moralischer und intellektueller Defekt bei W. nicht zu verkennen; jedoch mache diese mangelhafte Geistesbildung W. nicht unfähig, rechtliche Dispositionen überhaupt zu treffen. Die eigenen Interessen des W. hätten nicht gelitten. Die Pflugschaft habe bloß auf dem Papier gestanden: W. sei befähigt, seine Rechtsbeziehungen, zumal seine privatrechtlichen selbst ohne fremde Fürsorge zu regeln.

Hierzu führt Verf. aus, daß ein an Querulantenwahn Leidender, dessen kriminelle Unzurechnungsfähigkeit gutachtlich festgestellt sei, zum mindesten wegen „Geistesschwäche“ zu entmündigen sei. Jemand, der infolge von Geisteskrankheit unausgesetzt mit Behörden und Gerichten in Konflikt kommt, schädige unzweifelhaft auch die Erledigung seiner Angelegenheiten, und außerdem könne man nie voraussehen, ob nicht und eventuell wann Personen, mit denen er in geschäftlicher Verbindung stehe, in den Kreis seiner Wahnideen gezogen werden.

Die Aufhebung der Entmündigung hatte in diesem Falle nicht den gehofften Erfolg. Der Kranke reichte nach wie vor von Beleidigungen und Anklagen strotzende Schriftstücke ein, wenn er auch keine tätlichen Drohungen mehr ausstieß. Diese Beleidigungen allein geben aber keinen hinreichenden Grund, den Kranken gegen den Willen seiner Angehörigen einer Anstalt zu überweisen.

Verf. steht mit dem Württemberger Medizinalkollegium auf dem Standpunkte, daß ein Geisteskranker für andere als gefährlich, mithin anstaltspflegebedürftig auch dann anzusehen sei, wenn er in systematischer Weise die frivolsten Angriffe auf Ehre und guten Namen anderer macht; derartige Angriffe seien auch zweifellos geeignet, die Gesundheit der davon Betroffenen sowohl nach der psychischen wie nach der physischen Seite zu schädigen. Das Publikum wie der einzelne hat das Recht, vor den Anfällen eines unzurechnungsfähigen Geisteskranken auf die körperliche wie die geistige Gesundheit geschützt zu werden.

Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie VI. 6. 108 S. M. 2,80. Berlin. Reuther & Reichard.

Bisher hat man den psychischen Erkrankungen des Kindes des Verbrechens verhältnismäßig wenig Raum gegönnt. Daran

die auch strafrechtlich gewürdigte physiologische Minderwertigkeit der kindlichen Psyche schuld. Viele unerlaubte oder verbotene Handlungen fallen eben beim Kinde nicht besonders auf.

Diese Lücke füllt auf das beste die vorliegende klar geschriebene Arbeit des Verf. aus, dem wir bereits eine interessante Studie ähnlichen Inhalts (Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt) verdanken.

Verf. erörtert, welche Psychosen des Kindesalters besonders zum Verbrechen führen. Erwähnung verdienen hier Epilepsie, Hysterie, *Dementia praecox*, vor allem aber der Schwachsinn in seinen mannigfachen Schattierungen. Die Erkennung des Vorliegens psychischer Störungen ist nicht immer leicht. Bewußte Simulationen sind sehr selten. Eher ist schon möglich eine Verwechslung mit Zuständen verlangsamter oder gehemmter Entwicklung. Die Degenerationszeichen sind nur mit Vorsicht zu verwerten. Hereditäre Belastung, insbesondere solche durch Trunksucht, spielt eine große Rolle. Seltener findet sich eine gleichartige kriminologische Vererbung.

Unter den Verbrechen steht an erster Stelle der Diebstahl in seinen verschiedenartigen Gestalten; vor allem beteiligen sich die Schwachsinnigen daran. Betrügerei und Unterschlagungen finden sich seltener bei jugendlichen Geisteskranken. Mordtaten lassen eine krankhafte Grundlage oft an der Motivlosigkeit erkennen. Sexuelle Verbrechen der Kinder sind meist auf das Konto des Schwachsinn zu setzen. Bei der Vagabondage findet man oft Schwachsinn oder *Dementia praecox*. Brandstiftung ist ein häufiges Verbrechen der Jugend; man hatte die Lehre von der Pyromanie konstruiert, welche *Casper* stürzte. Die verschiedensten Störungen können Brandstiftungen auslösen.

Der Schluß der lesenswerten Arbeit bringt die praktischen Konsequenzen, die sich aus den Erörterungen ergeben.

Amschl, Alfred, Ein jugendlicher Räuber. Archiv f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Bd. 14. H. 1—2.

Der mitgeteilte Fall ist psychologisch außerordentlich lehrreich. Ein an sich gut gearterter junger Bursch, der eine rege Phantasie und Freude an abenteuerlichen Geschichten hat, erzählt zu Hause einige erdichtete Raubanfälle, deren Gegenstand er gewesen sei, um vom Vater die Erlaubnis zum Tragen einer Pistole zu erlangen. Die lebhafteste Beschäftigung seiner Phantasie mit diesen Erdichtungen scheint ihn dann auf den Gedanken gebracht zu haben, selbst eine solche Tat auszuführen, und da er gerade eine kleine Schuld zu bezahlen hatte, das selbst verdiente Geld aber stets dem Vater ablieferte, so schritt er bald zur Ausführung und zwar erwählte er einen Schulkameraden zum Opfer. Die Tat gelang, und er wurde nicht erkannt. Bald aber lenkte sich doch der Verdacht auf ihn. Anfangs leugnete er hartnäckig, doch gelang es dem verständnisvollen Untersuchungsrichter, ihn zu einem offenen Geständnis zu bringen.

Deiters.

Wilhelm, Eugen, Ein Fall von Homosexualität (Androgynie). Arch.

f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 14. H. 1—2.

K. war denunziert worden, daß er abends in Frauenkleidern ausgehe und Männer anlocke zum Zwecke geschlechtlichen Verkehrs. Es gelang, ihm mehrere derartige Fälle nachzuweisen. Ferner ergab sich, daß er früher viele Jahre lang als Kellnerin in der Schweiz tätig gewesen war.

Aus dem ärztlichen Befund ist bemerkenswert: lange, um die Stirn gekräuselte, hinten zum Zopf geflochtene Haare, weiblicher Gesichtstypus, das ganze Wesen, Stimme, Manieren, tänzelndes Gehen machen den Eindruck des Weiblichen, ebenso die runden Glieder, der runde fette Rumpf. Männliche Geschlechtsorgane sind vorhanden, aber verkümmert, etwa in der Größe derjenigen eines in die Pubertät eintretenden Knaben. Am After waren nach einem früheren ärztlichen Bericht syphilitische Kondylome gewesen, die jetzt verschwunden waren; ferner fand sich dütenförmige Einsenkung der Nates zum After hin, faltenlose Beschaffenheit der Haut um die Afteröffnung. — Eine psychiatrische Untersuchung fand nicht statt.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Ansichten der Autoren und neigt selbst zur Ansicht derjenigen, welche in der Mehrzahl der Fälle die Homosexualität für eine angeborene Perversion halten. Auch über die Zurechnungsfähigkeit solcher Individuen mit Bezug auf den § 175 stehen sich die Ansichten noch scharf gegenüber. Verf. empfiehlt bei der voraus-zusehenden Aufhebung oder Änderung des § 175 den § 361, Abs. 6 (Polizei-aufsicht über Weibspersonen wegen gewerbsmäßiger Unzucht) auch auf Männer auszudehnen.

Deiters.

Glos, A., Ein Fall von Personenverwechslung. Arch. f. Kriminal-anthropologie u. Kriminalistik. Bd. 14. H. 1—2.

Ein interessanter Beitrag zur Psychologie der Zeugenaussagen! Das Wiener „Interessante Blatt“ brachte die Photographie eines Vagabunden, der wegen irgend eines Vergehens in Untersuchungshaft saß. Ein Mann glaubte in diesem Bild einen ihm von Jugend auf bekannten und seit 16 Jahren verschollenen Dieb wiederzuerkennen. Als bald fanden sich zahlreiche Leute, welche dieser Meinung beitraten, und auch als sie dem Gefangenen persönlich gegenübergestellt wurden, behaupteten sie übereinstimmend und mit Überzeugung die Identität mit jenem. Später konnte nachgewiesen werden, daß er nicht mit jenem identisch war.

Deiters.

Koticzka, Hans Frhr. v. Jaden, Ein an Sadismus grenzender Fall.

Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Bd. 14.

H. 1—2.

Der 19jährige Täter hatte einen 3½jährigen Knaben gegen den Willen der Eltern mit fortgenommen und wollte nachher über dessen Verbleib nichts

wissen. Man fand die nackte Leiche des Kindes mit zahlreichen Verletzungen. Die Autopsie ergab Erstickung durch Würgen am Halse, Einrisse am After und Mastdarm mit Bluterguß in die Beckenhöhle.

Die psychiatrische Begutachtung erklärte den Täter für nicht geisteskrank, lehnte auch eine pathologische Perversion des Geschlechtstriebes ab. sah in dem Geschlechtsakt mit dem Kinde nur ein Surrogat des normalen Geschlechtsverkehrs, während die Ermordung des Kindes nur die Beseitigung des lästigen Zeugen bezweckt habe.

Deiters.

Spitzka, E. A., Auftreten von Epidemien des religiösen Fanatismus im zwanzigsten Jahrhundert. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 14. H. 1—2.

Die Duchoborzen sind eine russische Sekte, deren Entstehung auf die Zeit Peters des Großen zurückreicht. Sie waren in Rußland vielfachen Bedrückungen ausgesetzt und entschlossen sich deshalb zur Auswanderung. Nach verschiedenen anderen Versuchen wählten sie Kanada zur Niederlassung.

Im Gegensatz zu manchen anderen russischen Sekten kamen sie bald in Konflikt mit den Behörden, weil sie sich keiner staatlichen Ordnung fügen, sondern nur nach ihren religiösen Vorschriften leben wollten.

Verf. beschreibt dann einige merkwürdige Pilgerzüge, die sie unternahmen, um den wiedergekommenen Jesus zu suchen. Die Führer (Propheten) dürften sicher als Geisteskranke aufzufassen sein, und auch wohl ein beträchtlicher Teil der fanatisierten Massen. Zu einem bestimmten Urteil reichen leider die Mitteilungen nicht aus.

Deiters.

Baumgarten, Anton, Die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 1.

Die einseitig psychiatrische Auffassung der Prostitution ist ebenso falsch wie etwa die einseitig ethische oder einseitig ökonomische; die Prostitution ist eine „durch das gesamte soziale Leben und dessen Entwicklung bedingte Erscheinung“. — Die Verführung spielt unter den Ursachen der Prostitution keine große Rolle; auch die Bedeutung der wirtschaftlichen Not wird vielfach überschätzt. Den Begriff der „geborenen Prostituierten“ nach *Lombroso* und *Tarnowski* verwirft B. und hält die Anlage zur Prostitution für anerzogen, durch die äußeren Lebensbedingungen von frühester Kindheit an. Besserungsbestrebungen müssen also schon in der Kindheit einsetzen, müssen die Kinder vor eingetretener Verwahrlosung den ungünstigen Verhältnissen entziehen.

Die Neigung der Prostituierten zu Verbrechen ist auffallend gering. Die Theorie, daß die Prostitution beim Weibe das Äquivalent des Verbrechens

beim *Manné* sei, hält *B.* nicht für zutreffend. Die Voraussetzung, daß sie ein ausreichendes Erträgnis abwerfe, ist falsch, der Gewinn fließt in die Taschen der Kupplerin und des Zuhälters; die Prostituierten behalten für sich meist nichts übrig. Die Ursache für die geringe Kriminalität der Prostituierten sieht *B.* in ihrer Indolenz, ihrer Energielosigkeit; sie vegetieren dahin, es fehlt ihnen der Wille zur Tat.

Zur Entdeckung von Verbrechen sind die Prostituierten oft von großem Wert, einesteils weil sie bei ihrem nächtlichen Herumtreiben nicht selten Zeugen von Verbrechen werden, andernteils wegen der großen Kriminalität der Zuhälter. — Die wichtigsten Verbrechen, welche mit der Prostitution in direktem Zusammenhange stehen, sind die Kuppelei und der Mädchenhandel. — Das letzte Kapitel behandelt die sexuellen Perversitäten im wesentlichen im Anschluß an *Krafft-Ebings* Lehren und bringt höchst interessantes kasuistisches Material. Die Häufigkeit dieser Perversitäten ist nach *B.s* Erfahrungen eine sehr beträchtliche.

Das ist in kurzen Zügen der wesentliche Inhalt der sehr lesenswerten Abhandlung, die das auch die Mediziner so vielfach beschäftigende Thema vom Standpunkt des Kriminalisten beleuchtet.

Deiters.

Näcke, P., Émile Zola. In memoriam. Seine Beziehung zur Kriminalanthropologie u. Soziologie. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 1.

Auf Grund genauer Kenntnis seiner Werke bespricht Verf. *Zolas* Bedeutung, nicht ohne scharfe Polemik gegen Nordaus oberflächliche Urteile. Zum Schluß werden die interessanten Resultate der *Toulouseschen* anthropologischen Untersuchung *Zolas* mitgeteilt.

Deiters.

Türkel, Siegfried, Sexualpathologische Fälle. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 2—3.

Mitteilung dreier Fälle mit eigenartiger Perversion. Der erste, ein Neurastheniker, empfand Wollust nur beim „Anblick eines sexuell entbehrenden Weibes und ihres psychischen Leidens“. — Der dritte hatte beim Anblick betrübter oder erschreckter Gesichter Wollustgefühl; er wurde Detektiv und ließ unschuldige weibliche Personen wegen angeblichen Diebstahls verhaften, um sich an ihren erschreckten Gesichtern zu weiden. Er endete durch Selbstmord.

Deiters.

Baer, A., Über jugendliche Mörder und Totschläger. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 2—3.

Verf. berichtet über 22 männliche jugendliche Strafgefangene, die wegen Mord oder Totschlag resp. Versuch, verurteilt sind und die er zum Teil

jahrelang in Plötzensee beobachtet hat. Bei den meisten handelt es sich um Raubmord, nur bei wenigen waren andere Motive (Rache, verletztes Ehrgefühl, Haß) wirksam. Es fanden sich die mannigfaltigsten Degenerationszeichen und Anomalien, doch ließ sich darin keinerlei Gesetzmäßigkeit erkennen. Lombrosos „Verbrechertypus“ und „geborenen Verbrecher“ lehnt Verf. ab. Etwa die Hälfte der Fälle zeigte psychische Defekte und Anomalien. Den Defekt des sittlichen Fühlens glaubt Verf. häufig allein der mangelhaften Erziehung und dem schlechten Beispiel der Umgebung zuschreiben zu können. — Für den Strafvollzug bei Jugendlichen macht Verf. den Vorschlag, zunächst immer noch einen Erziehungsversuch zu machen und wenn dieser fehlschlägt, die Internierung auf unbestimmte Zeit, event. lebenslänglich durchzuführen.

Deiters.

Lombroso, C., und Bonelli, A., Ein Fall schwerster Beschuldigung eines Unschuldigen; erläutert durch die Kriminalanthropologie. — Kriminelle Suggestionierung an einem schwachsinnigen Alkoholiker. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 4.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Mann, der auf Grund recht nichtssagender Indizien in den Verdacht des Mordes gekommen war. Durch psychologisch-anthropologische Untersuchungen, sowie speziell durch einige idrosphygmographische Messungen wollen die Verf. „die Unfähigkeit C.s, einen Mord begehen zu können“, nachgewiesen haben. Das sind doch wohl etwas zu weitgehende Schlußfolgerungen.

Der zweite Fall betrifft einen schwachsinnigen Alkoholiker, der von dem wahren Täter beschuldigt worden war, an einem Mord teilgenommen zu haben und dies unter Erzählung von Einzelheiten einräumte. Später konnte sein Alibi nachgewiesen werden. Er erwies sich auch sonst als sehr suggestibel. — Auch in diesem Falle, sowie bei der Besprechung der wahren Täter wurden aus dem Ergebnis der anthropologischen Untersuchung zu weitgehende praktische Konsequenzen gezogen; man kann durch solche Übertreibungen der guten Sache nur schaden.

Deiters.

Kowalewsky, Paul, Psychopathologie légale générale. Cours fait à l'université de Saint-Pétersbourg. Paris 1903.

Das vorliegende Werk bildet den zweiten Band der „Psychopathologie légale“ des Verf., deren erster die „Psychologie criminelle“ behandelte.

In einem ersten Kapitel wird zunächst der anatomisch-histologische Bau des Zentralnervensystems dargestellt, wobei freilich die allerneuesten Forschungen noch nicht berücksichtigt sind; das zweite gibt einen Abriß der Psychophysiologie nach den zurzeit herrschenden Anschauungen.

Im nun folgenden Hauptteil des Werkes werden die Symptome geistiger Störung einzeln besprochen, und zwar wird bei jedem gesondert zunächst die klinische Erscheinungsweise anschaulich geschildert und dann die gerichtlich-medizinische Bedeutung gründlich erörtert. Es ist hier nicht möglich, auf Einzelheiten einzugehen; es kann ja nicht ausbleiben, daß man in einzelnen Punkten anderer Meinung ist. Im ganzen ist die Darstellung des Gegenstandes eine vortreffliche, durchweg auf gründlicher Literaturkenntnis und reicher eigener Erfahrung beruhend. Alle wichtigeren Fragen sind durch gut geschilderte Fälle aus der Praxis illustriert.

Ein viertes Kapitel bespricht dann noch die häufigsten Ursachen der Psychosen, und bringt ferner eine Erörterung der Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, der Simulationsfrage und schließlich einige Bemerkungen über Verlauf und Ausgang der Psychosen. *Deiters.*

Hughes, Charles H., Consideration of the medico-legal aspects of aphasia. The alienist and neurologist. XXIV. 3.

Verf. führt in dieser akademischen Vorlesung aus, daß die Aphasie an sich die Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit nicht ausschließt, sondern nur, wenn sie mit weiteren psychischen Störungen verbunden ist. Der geistig gesunde Aphasische richtet sein Verhalten zur Umgebung in richtiger Beurteilung seines Defektes zweckmäßig ein, d. h. er sucht andere Verständigungsmittel heranzuziehen. In manchen Fällen ist das Schreiben erhalten, in anderen das Singen, in vielen wird die Gebärdensprache herangezogen. Es werden einige Fälle aus der Literatur kurz mitgeteilt, wo Aphasische rechtsgültige Willenserklärungen abzugeben haben. Dann folgt ausführlichere Mitteilung eines Falles von Aphasie und Agraphie, in dem durch Übung allmähliche Besserung erzielt wurde. *Deiters.*

Näcke, P., Forensisch-psychiatrisch-psychologische Randglossen zum Prozesse Dippold, insbesondere über Sadismus. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 13. H. 4.

Eine eingehende und kritische Besprechung der verschiedenen psychiatrischen Fragen, welche bei dem bekannten Prozeß in Betracht kommen, die aber leider nur die Zeitungsmeldungen berücksichtigt, ohne sich auf Kenntnis der Akten oder sonstiges authentisches Material stützen zu können. *Deiters.*

Gross, Hans, Zur Frage des Berufsgeheimnisses. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 13. H. 3.

Die Unsicherheit in der Auffassung des § 300 St.G.B. beruht im wesentlichen auf der Deutung der Worte „Privatgeheimnis“ und „unbefugt“. Unter

ersterem ist natürlich nicht jede im Beruf erfahrene Kleinigkeit zu verstehen, und es ist nach *G.* im wesentlichen dem Takt des Arztes usw. überlassen, zu erwägen, was als Geheimnis zu betrachten ist. Die Hauptschwierigkeit liegt in dem Wort „unbefugt“. *G.* führt aus, daß Befugen, Befugnis eine transitive und eine intransitive Bedeutung haben: die von einem anderen erteilte Befugnis (= Ermächtigung) und die im Subjekt selbst liegende Befugnis (= Berechtigung). Die erstere Bedeutung glaubt er ablehnen zu können, weil sich nicht allgemein feststellen ließe, wer die Befugnis erteilen soll: der Kranke selbst ist oft nicht in der Lage dazu (Schwerkranke, Geistes- kranke, Kinder), die Angehörigen sind häufig gerade diejenigen, vor denen das Geheimnis bewahrt werden soll; der den Arzt gerufen hat, kann unter Umständen ein ganz unbeteiligter Dritter sein. *G.* kommt also zur Auslegung der Befugnis als subjektive Berechtigung, wonach es dann wiederum dem Takt des Arztes überlassen wäre, ob er sich im einzelnen Falle im Interesse eines höheren Zweckes, etwa zur Verhütung von Schaden, für befugt hält, ein Geheimnis einer bestimmten Person mitzuteilen. Im Falle einer Gerichts- verhandlung hätte dann der Arzt dem Richter seine Beweggründe darzu- legen, und dieser zu prüfen, ob sie als maßgebend zu erachten sind.

Wir Ärzte können mit dieser Auffassung gewiß zufrieden sein. Ob aber ein Arzt, der danach handelt, stets sicher wäre, einen Richter zu finden, der ebenso denkt? Es verfügen leider noch nicht alle Richter über ein so vielseitiges Wissen und vorurteilsfreies Urteil, wie Hans Gross.

Deiters.

Schweickert, Hans, Zur Psychologie der Zeugenaussagen. Beitrag zur psychologischen Analyse der Stimmung, insbesondere der Suggestion, in ihrer forensischen Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 13. H. 3.

Verf. unterscheidet eine passive und eine aktive Seite der Stimmung und versteht unter der ersteren die durch die innere Beschaffenheit der Menschen bedingte, unter der letzteren die durch äußere Umstände verursachte Stimmung.

Nach kurzen Bemerkungen über jene folgt eine ausführliche Besprechung dieser exogenen Stimmung. Zunächst wird die Wirkung der Suggestion eingehend erörtert, mit spezieller Bezugnahme auf die Prozesse *Czinsky* und *Berthold*. Die Mitteilung einiger Artikel aus dem alten bayerischen Straf- gesetzbuch lehrt, daß die alten Juristen die Möglichkeit der suggestiven Be- einflussung der Zeugen sehr wohl gekannt haben, wenn sie auch die Bezeich- nung Suggestion noch nicht hatten. Besonders schädlich ist die häufig geübte Ausfragung von Zeugen durch Zeitungsreporter, die ausführlichen Er- örterungen der Zeitungen über noch schwebende Verhandlungen. Groß ist die Gefahr der Suggestion bei der angeblichen Wiedererkennung flüchtig gesehener Personen oder gar ihrer Porträts. Zahlreiche suggestive Momente

liegen in der Art der Fragestellung durch den Richter. — Von starker Einwirkung auf die Stimmung ist die Pflicht zur Zeugenaussage. Die Zeugen werden vor Gericht keineswegs immer so behandelt, wie es einem selbstbewußten Menschen lieb ist; die Neigung, sich solchen Unannehmlichkeiten zu entziehen, ist daher stark; der ausgeübte Zwang beeinflußt die Stimmung. Die so häufigen unbewußten Erinnerungsfälschungen sollten nicht immer gleich die Drohung mit einem Meineidsverfahren zur Folge haben. — Schließlich folgen noch einige Bemerkungen über die Wirkung außergewöhnlicher Ereignisse in der Verhandlung auf die Stimmung der Zeugen.

Deiters.

v. *Mackowitz*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Schlaftrunkenheit. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 13. H. 1—2.

Der Übergang vom Schlafen zum Wachen vollzieht sich nicht immer momentan, sondern häufig schiebt sich eine kurze Zeit veränderten Bewußtseins dazwischen. Von wesentlichem Einfluß ist vorangegangene Ermüdung, Tiefe des Schlafes, Alkoholwirkung, fremde Umgebung, plötzliches Erwachen zu ungewohnter Zeit, besonders aber individuelle Disposition. Die Schlaftrunkenheit kann einem Zustande von Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 entsprechen. Verkehrte und event. strafbare Handlungen können so zustande kommen, daß Traumvorstellungen im Momente des Erwachens nicht sofort korrigiert werden und fälschend auf die Apperzeption der Sinneswahrnehmungen wirken.

Der mitgeteilte Fall ist folgender: Ein Mann war nach reichlichem Wein genuß in einem Wirtshaus in Streit geraten, hatte Prügel bekommen und war hinausgeworfen worden. Der Wirt brachte ihn zu Bett, wo er bald fest einschlief. Zwei Stunden später wurde ein italienischer Arbeiter in das gleiche Zimmer zum Übernachten geführt. Kurz darauf hörte man den ersten laut um Hilfe rufen; den Hinzukommenden sagte er, er müsse ein Unglück angerichtet haben, er kenne sich nicht mehr aus. Den Italiener fand man halbausgekleidet auf seinem Bett, mit einer Stichwunde im Herzen. Der Täter wußte nur anzugeben, er sei plötzlich aufgewacht, da habe ein Fremder vor ihm gestanden, zugleich habe er draußen Lärm gehört, darum habe er geglaubt, die Burschen, die ihn vorhin hinausgeworfen, wollten eindringen; als nun der Fremde nach einem Stuhle griff, habe er einen Angriff gefürchtet und ihn mit dem Taschenmesser niedergestochen. Dann erst sei er zu sich gekommen. — Weder Richter noch Ärzte kamen auf den Gedanken, daß Schlaftrunkenheit vorgelegen haben könnte. Das Urteil nahm „Überschreiten der Notwehr“ an.

Man wird Verf. unbedingt beistimmen, daß das vorliegende Material ausreicht, um eine strafausschließende Bewußtseinsstörung durch Schlaftrunkenheit hinlänglich wahrscheinlich zu machen. Die Kasuistik der Schlaf-

trunkenheit ist noch so dürftig, daß der interessante Beitrag dankbar zu begrüßen ist. *Deiters.*

Näcke, P., Zur Physio-Psychologie der Todesstunde. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 4.

Völlige Klarheit bis zum letzten Atemzuge ist selten. Von den Bewußtseinsstörungen der Sterbenden unterscheidet Verf. zwei Typen: bei einem verfällt der Sterbende in einen ruhigen Traumzustand, der dem einfachen Schlaf ähnelt, er erwacht zuweilen und kann dann über das Geträumte Auskunft geben; der zweite ist charakterisiert durch Delirieren, wüstes zusammenhangloses Sprechen, das sich zuweilen auf Jugenderinnerungen bezieht. Die Zustände selbst, wie auch ihre Ursachen (Stoffwechselprodukte?) sind noch wenig erforscht. Von Erhängten, Abgestürzten etc., die gerettet wurden, stammen interessante Mitteilungen. Die angebliche „Erhebung des Geistes“. Steigerung der Erinnerungsfähigkeit u. dgl. beruht wohl meist auf falscher Deutung, wie überhaupt die Beobachtungen der Umgebung mit Vorsicht aufzunehmen sind. Daß Geisteskranke kurz vor dem Tode wieder klar werden, ist sehr selten. Hinsichtlich der Todesfurcht verhalten sich die Menschen nach Rasse, Bildung etc. sehr verschieden. *Deiters.*

Näcke, P., Sind wir dem anatomischen Sitze der „Verbrecherneigung“ wirklich näher gekommen, wie *Lombroso* glaubt? Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 2—3.

Verf. wendet sich energisch gegen die Behauptung *Lombrosos*, daß die mittlere Hinterhauptsgrube eine Folge der Hypertrophie des Vermis sei und bei Verbrechern und Epileptikern auffallend häufig vorkomme. Diese Lehre wird als eine durch nichts bewiesene Behauptung charakterisiert und des weiteren die ganze *Lombrososche* Lehre wieder einmal der bekannten vernichtenden Kritik unterzogen. — Die Beweisführung würde nicht weniger überzeugend sein, wenn Verf. uns die rein persönlichen Ausfälle gegen *Lombroso* erspart hätte. *Deiters.*

Gross, Hans, Zur Frage vom psychopathischen Aberglauben. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 4.

Als Nachtrag zu einer früheren Arbeit wird ein älterer, schon in *Maschkas* Handbuch mitgeteilter Fall besprochen. Der Täter war ein vielfach vorbestrafter, roher, jähzorniger Mensch. Beim Militär erlitt er ein Trauma und litt seitdem an Wutanfällen.

Die beiden Handlungen, bei denen abergläubische Motive vermutet werden, sind folgende: Einmal warf er ein zehnjähriges Mädchen zu Boden.

steckte ihr den Finger in die Genitalien, stemmte dann das Knie auf ihren Hals und schnitt ihr den Zopf ab, angeblich um sich eine Bürste daraus zu machen. — Das andere Mal verlangte er von einer älteren Frau den Beischlaf, zog sie, als das abgelehnt wurde, in den Wald, warf sie zu Boden und erwürgte sie; dann zog er ihr die Kleider aus, schnitt ihr Brüste und Geschlechtsteile ab und brachte alles nach Hause; die Kleider verbarg er in seiner Truhe, die Brüste und Geschlechtsteile briet er und aß drei Tage lang davon. Als Motiv nannte er eine „innerliche Gier“.

Es ist zweifellos zuzugeben, daß die angegebenen Motive ungenügend sind, und die Möglichkeit, daß ein Aberglaube im Spiele ist, wird niemand bestreiten. Doch scheint mir eigentlich die Annahme einer sexuellen Perversität näher zu liegen.

Deiters.

Bruns, Max, Genie, Dandysm und Verbrechertum. Einige psychologische Anregungen. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 4.

Verf. ist durch *Dostojewskis* „Memoiren aus einem Totenhause“ zu seinen interessanten Betrachtungen angeregt worden. *Dostojewski* sucht in den Sträflingen, mit denen er zusammenleben mußte, das Menschliche, und wundert sich, es bei einigen wenigen nicht zu finden. Gerade diese wenigen sind nach *Bruns* die eigentlichen Verbrecher, die „Nihilistenmenschen“. Die andern gehören zur großen Masse, gerade wie die draußen lebenden Menschen, und hätten unter geeigneteren äußeren Verhältnissen ebensogut „sozial“ bleiben können. Der eigentliche Verbrecher unterscheidet sich von ihnen durch den „Dandysm“, der als Antisozialität aus stolzer Verachtung der „Geringeren“, der großen Masse, definiert wird. — Die Parallele zwischen diesem Verbrecher-Dandy und dem Genie ist ja naheliegend, doch wirken in diesem Punkt *Bruns'* Ausführungen nicht überzeugend. Daß die Antisozialität das Kriterium ist, wodurch das Genie sich vom Talent unterscheidet, kann man nur zugeben, wenn man eben, mit *Bruns*, unter Genie etwas ganz anderes versteht, als gemeinhin üblich ist.

Deiters.

Pollitz, Beiträge zur Begutachtung alkoholistischer Störungen in foro. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 2—3.

Mitteilung von drei Fällen.

Im ersten konnte noch nachträglich eruiert werden, daß zur Zeit der Tat eine alkoholische halluzinatorische Störung bestanden hatte, nachdem man den Kranken anfangs für einen Simulanten gehalten hatte. Bei dem zweiten brach ein Angstzustand mit Halluzinationen aus, als er schon drei Monate lang in Strafhaft war, in welcher er natürlich keinen Alkohol bekommen hatte. Im dritten handelte es sich um einen ethisch degenerierten

F*

Gewohnheitstrinker, der unter akuter Alkoholwirkung einen andern erschossen hatte; ein pathologischer Rauschzustand konnte ausgeschlossen werden.

Deiters.

Berze, Jos., Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 12. H. 2—3.

Angeregt durch eine Enquete der Wiener „kulturpolitischen Gesellschaft“ erörtert Verf. die Ursachen für das so häufige Vorkommen einer abweichenden Beurteilung desselben Falles durch verschiedene Psychiater. Zunächst ist die wissenschaftliche Schwierigkeit der Beurteilung hervorzuheben, da es sich meist nicht um ausgesprochene Psychosen, sondern eben um zweifelhafte Zustände handelt: um Defekte in der psychischen Entwicklung, um leichtere Schwächezustände, bei erworbenen Erkrankungen um die ersten Anfangsstadien. — Wichtiger noch sind die praktischen Umstände für das Entstehen von Meinungsverschiedenheiten, und zwar ist wohl der schwerwiegendste der, daß der Sachverständige sich zwischen den beiden Extremen Zurechnungsfähig oder Unzurechnungsfähig zu entscheiden hat, weil das Gesetz den Zwischenstufen nicht gerecht wird. Da spielt denn natürlich das subjektive Ermessen eine große Rolle, was Verf. des näheren ausführt. Zur Abhilfe schlägt er eine kontradiktorische Expertise vor.

Deiters.

Schultze, Ernst, Psychiatrische Gutachten I. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 1.

S. weicht von der sonst üblichen Art, Gutachten zu veröffentlichen, insofern ab, als er die Gutachten in der Form bringt, wie er sie mündlich vor Gericht vorgetragen hat. Der umständliche Apparat des vorschriftsmäßigen schriftlichen Gutachtens, der sonst Gutachtensammlungen so ungenießbar macht, wird dadurch vermieden, die Lektüre wird angenehmer und leichter.

Die beiden mitgeteilten Gutachten betreffen militärstrafrechtliche Fälle. — Der erste hatte sich ohne Erlaubnis aus der Garnison entfernt. Es konnte nachgewiesen werden, daß er in einem Dämmerzustande gehandelt und auch sonst schon an Dämmerzuständen und Schwindelanfällen gelitten hatte. Trotz Fehlens von Krampfanfällen kann das Bestehen von Epilepsie als erwiesen betrachtet werden. Wichtig sind besonders die Erörterungen über die Verwertung der Amnesie in foro. — Der zweite, der sich ebenfalls ohne Erlaubnis entfernt und herumgetrieben hatte, und dann nach seiner Verhaftung gegen Vorgesetzte drohend und gewalttätig geworden war, zeigte in typischer Weise die Disharmonie der Degenerierten: relativ gute Intelligenz, zielloses Handeln, verkümmertes Gemütslebens, hemmungslose Hingabe an momentane Impulse, inadäquate Reaktion auf Reize, atypische Reaktion auf Alkoholgenuß. Gegenüber den Zeugenaussagen, welche ihn nicht für sinnlos

betrunken gehalten hatten, werden treffende Bemerkungen über die atypischen Rauschzustände und die Schwierigkeit ihrer Beurteilung gemacht.

Der Zweck, die interessanten und lehrreichen Fälle dem Leser in angenehmer Form zu bieten, wird durchaus erreicht. Hoffentlich wird die Sammlung fortgesetzt.

Deiters.

Dichl, Die Schreckreaktion vor Gericht. Arch. f. Kriminalanthropologie u. Kriminalistik. Bd. 11. H. 4.

Die psychologische Analyse strafbarer Handlungen, auch solcher, die nicht krankhaft bedingt sind, auf die also § 51 nicht anwendbar ist, ist geeignet uns mancherlei neue Gesichtspunkte zu eröffnen und dürfte in der erstrebten Reform des Strafrechts ein gewichtiges Wort mitzusprechen haben.

Die vorliegende interessante Studie geht von der, an sich ja nicht neuen, Erfahrung aus, daß ein unvermittelt aufsteigender starker Affekt, gleichviel welcher Art, eine plötzliche Hemmung im Ablauf der Vorstellungen zur Folge hat. Ein solcher Affekt ist der Schreck. Unter „Schreckreaktion“ versteht Verf. „den triebartigen Vollzug einer Handlung, die unmittelbar unter der Einwirkung des Schrecks erfolgt und zugleich der intellektuellen und ethischen Lage des Individuums nicht entspricht“. An einigen schönen Beobachtungen wird dargelegt, daß unter solchen Umständen Handlungen zustande kommen können, für die das Individuum sicher nicht voll verantwortlich ist, ohne daß doch die Anwendung des § 51 in Frage kommen könnte.

Deiters.

Strassmann, Sachverständigentätigkeit und Technik des Gerichtsarztes. Aus dem Zyklus „Gerichtliche Medizin“, herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbewußtsein in Preußen. Jena, Fischer. 1903.

Der Vortrag beschäftigt sich im wesentlichen mit der formellen Seite der Sachverständigentätigkeit. Es werden zunächst die verschiedenen Arten der Vernehmung von Sachverständigen besprochen. Zur Abfassung von Attesten wird das für Medizinalbeamte vorgeschriebene Schema empfohlen. Ist der Arzt nur als sachverständiger Zeuge geladen, so kann er eine eigene gutachtliche Äußerung ablehnen, ist aber verpflichtet alle Fragen tatsächlicher Natur zu beantworten, zu denen medizinische Sachkenntnis gehört. Hinsichtlich der Schweigepflicht des Arztes über Dinge, die ihm bei Ausübung seines Berufes mitgeteilt werden, unterliegt es noch der Kontroverse, ob auf Aussagen vor Gericht die Bezeichnung „unbefugt“ des § 300 St.G.B. anwendbar wäre. Es folgen noch Bemerkungen über die Abfassung des Gutachtens, und schließlich über die Gebühren, welche bei auswärtigen Terminen durch die neue Gebührenordnung für Medizinalbeamte eine schlechterung erfahren haben.

Im zweiten Teil wird die Technik der Untersuchung auf Blut, Sperma, und Haare geschildert.

Deiters.

Köppen, M., Über Epilepsie und Hysterie in forensischer Beziehung. Aus dem Zyklus „Gerichtliche Medizin“ herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Jena, Fischer. 1903.

Die Kriminalität der Epileptiker ist bekanntlich sehr bedeutend. Doch rangiert sie nach K. nicht an erster Stelle unter den Psychosen sondern wird von der Imbezillität und dem Alkoholismus übertroffen.

Die für den Gerichtsarzt wichtigen Tatsachen werden in dem vorliegenden Vortrag gut erläutert. Der Nachweis von Krampfanfällen genügt nicht, um Unzurechnungsfähigkeit zu erweisen, vielmehr muß eine geistige Störung nachgewiesen werden. Die verschiedenen geistigen Störungen der Epileptiker werden klar geschildert und besonders die eigenartigen Bewußtseinsstörungen eingehend besprochen, welche durch Mitteilung einiger interessanter Fälle noch nähere Beleuchtung finden.

Als Hauptkennzeichen des hysterischen Charakters nennt K. die Beeinflußbarkeit durch eigene und fremde Vorstellungen. Daraus entstehen phantastische Erfindungen und Denunziationen. Weiter werden die *Ganserschen* Dämmerzustände geschildert und ihre forensische Bedeutung hervorgehoben. Die Hysterie kann mitunter erst durch die Gerichtsverhandlung zum Ausbruch kommen.

Deiters.

Jolly, Perverser Sexualtrieb und Sittlichkeitsverbrechen. Aus dem Zyklus „Gerichtliche Medizin“ herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Jena, Fischer. 1903.

Einleitend werden zunächst die sexuellen Verbrechen am Geisteskranken und Bewußtlosen kurz besprochen und dabei die Zustände der Ohnmacht, der Narkose, des Rausches, der Hypnose berührt.

Von den eigentlichen sexuellen Delikten werden besprochen: Aus sexuellen Motiven unternommene gewalttätige Handlungen, insbesondere die Notzucht, unzüchtige Handlungen mit Kindern, Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit durch unzüchtige Handlungen, widernatürlicher Geschlechtsverkehr unter Männern.

J. stellt den Leitsatz auf, daß sexuelle Perversitäten an sich niemals ausreichend sind, um einen krankhaften Zustand zu beweisen, vielmehr auch bei ganz Gesunden vorkommen können. Es muß also in foro die geistige Erkrankung aus anderen Symptomen nachgewiesen werden, andernfalls ist der § 51 nicht anwendbar.

Es werden dann die Erscheinungen des Masochismus und Sadismus, die man unter der Bezeichnung Algolagnie zusammengefaßt hat, geschildert, und der massenhaften, sowohl belletristischen wie wissenschaftlichen Literatur über diesen Gegenstand gedacht. Der Fetischismus steht der Algolagnie nahe. Beim Exhibitionismus weist der Umstand, daß häufig trotz aller Bestrafungen das gleiche Vergehen unter Hintansetzung jeder Vorsicht immer wieder begangen wird, auf das Vorhandensein eines krankhaften Zwanges hin, zumal dabei nicht selten Erscheinungen von Neurasthenie beobachtet werden.

Bei der Besprechung der Homosexualität wendet sich *J.* entschieden gegen die verschiedenen Theorien, welche darauf hinauslaufen, im Homosexuellen eine physiologische Varietät des Menschen zu erblicken, und hält sie in der großen Mehrzahl der Fälle für ein erworbenes Leiden, erworben durch Erlebnisse in der Kindheit, durch Mangel des normalen Geschlechtsverkehrs u. dgl. m.

Schließlich kommt *J.* auf die Bestrebungen zur Änderung des § 175 zu sprechen, die er in der bekannten agitatorischen Form und Begründung mißbilligt. Doch hält auch er den Paragraphen für entbehrlich, weil er doch nicht gehandhabt wird und in der Praxis zu spitzfindigen Unterscheidungen geführt hat.

Deiters.

Moeli, Die Geisteskranken in zivilrechtlicher Hinsicht. Aus dem Zyklus „Gerichtliche Medizin“ herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Jena, Fischer. 1903.

Das umfangreiche und komplizierte Gebiet der Psychiatrie im B.G.B. kann natürlich in einem Vortrage nicht erschöpft werden. Die für den Gutachter wichtigsten Punkte hat *M.* herausgegriffen und anschaulich dargestellt.

Zunächst wird die Geschäftsfähigkeit und ihre verschiedenartigen Beeinträchtigungen besprochen, die Unterscheidung zwischen Geschäftsunfähigkeit und beschränkter Geschäftsfähigkeit bei Kindern und Minderjährigen klargestellt. Die Begriffe Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Entmündigungsparagraphen decken sich nicht mit den psychiatrischen Bezeichnungen, sondern sollen lediglich den verschiedenen Grad bezeichnen, in dem der Kranke in der Besorgung seiner Angelegenheiten beeinträchtigt ist; also nach den rechtlichen Folgen ist zu entscheiden, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt. *M.* empfiehlt Vorsicht in der Annahme von Geistesschwäche, weil dadurch unter Umständen dem Vormund eine zu große Verantwortung übertragen wird. Gemeingefährlichkeit allein ist nicht ausreichend zur Entmündigung wegen Geistesstörung; ganz anders bei der Trunksucht, wo die Gefährdung der Sicherheit anderer ausdrücklich im Gesetz erwähnt wird. Zutreffend wird ausgeführt, daß die Trunksucht in recht vielen Fällen als eine geistige Erkrankung aufzufassen ist. Der Einrichtung der Pflugschaft wünscht *M.* eine recht ausgedehnte Anwendung bei Geisteskranken,

besonders wenn sie längere Zeit in einer Anstalt zubringen müssen und eine Entmündigung nicht nötig ist.

Nach einigen kurzen Bemerkungen über die Schadensersatzpflicht der zur Aufsicht Verpflichteten werden dann noch eingehend die eherechtlichen Fragen besprochen, die Unterscheidung zwischen Nichtigkeit, Anfechtung und Scheidung kurz berührt und die Bedingungen der Scheidung näher erörtert. Die Bezeichnung „Geisteskrankheit“ hat hier eine andere Bedeutung als im Entmündigungsparagraphen. Bei der „geistigen Gemeinschaft“ legte *M.* Wert auf das „spezifisch Eheliche“, d. h. sie „muß gerade in bezug auf die Ehe und deren Sinn noch bestehen, in der Art, daß eine beiderseitige Betätigung in dieser Richtung noch erkennbar ist“. Die Entscheidung kann im einzelnen Fall zweifelhaft sein.

Im Anfang sind sämtliche einschlägigen Paragraphen des B.G.B. zusammengestellt. *Deiters.*

Mendel, E., Die Zurechnungsfähigkeit. Aus dem Zyklus „Gerichtliche Medizin“, herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Jena, Fischer. 1903.

Nach kurzer Begriffsbestimmung der Zurechnungsfähigkeit und Nennung der verschiedenen Faktoren, welche sie beeinträchtigen können, werden die Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen in bezug auf den § 51 Str.G.B. erläutert. Für die Erhebung der Anamnese, die Aufnahme des psychischen und körperlichen Status praesens und die Beurteilung der Tat werden Fingerzeige gegeben und die verschiedenen Schlußsätze, zu denen das Gutachten gelangen kann, präzise angeführt.

Weiter werden die beiden Fälle des § 51, die Bewußtlosigkeit und die krankhafte Störung der Geistestätigkeit eingehend besprochen. Vom Bewußtsein gibt *M.* eine Definition, die, wie alle ihre Schwestern, vom psychologischen Standpunkt anfechtbar ist, aber für die praktischen Bedürfnisse genügt. Es wird dann hervorgehoben, daß bei wirklicher Bewußtlosigkeit keine strafbaren Handlungen, sondern höchstens Unterlassungen möglich sind. Die Bewußtlosigkeit des § 51 definiert *M.* als Aufhebung des Selbstbewußtseins. Ausführlich schildert er sodann die mannigfachen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker in ihren strafrechtlichen Beziehungen und bespricht sodann weiter noch die hysterischen, die alkoholischen, die sonstigen toxischen Bewußtseinsstörungen, die Schlaftrunkenheit, den Somnambulismus, die Fieberdelirien und den Zustand der Gebärenden.

Bei der krankhaften Störung der Geistestätigkeit legt *M.* Wert auf den Nachweis des inneren Zusammenhanges zwischen Tat und Geisteskrankheit, hebt aber weiter unten selbst hervor, daß der Mangel dieses Nachweises bei bestehender Geisteskrankheit nicht berechtige, den Täter für zurechnungsfähig zu erklären, weil auch bei anscheinend vernünftig moti-

viertem Handeln eines Geisteskranken sich niemals sicher behaupten läßt, daß keine krankhaften Vorstellungen mitgewirkt haben. Die partielle Zurechnungsfähigkeit *Ziehens* wird somit gar nicht erwähnt. — Für den Zusammenhang zwischen Tat und Geisteskrankheit sind drei Möglichkeiten gegeben: entweder ist der Anreiz zur Tat ein krankhafter (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, gesteigerte Triebe), oder die Hemmung durch Gegenvorstellungen ist geschwächt (ethische Defekte der Imbezillen, Alkoholiker, Paralytiker etc.), oder endlich, es findet überhaupt keine Überlegung statt, der Reiz löst unmittelbar die Handlung aus (Hypomanie).

Das Streben nach Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit billigt *M.* nicht, sondern glaubt, daß eine Änderung des Strafvollzugs eine bessere Lösung der Frage wäre.

Endlich polemisiert er wieder gegen die „freie Willensbestimmung“ und legt seinen bekannten Standpunkt dar, daß der Sachverständige sich hierüber gar nicht auszusprechen habe, sondern Sache des Richters sei. Er schlägt vor, für „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ einfach „Geisteskrankheit“ zu sagen, und den Relativsatz fortzulassen.

De lege ferenda fordert er, dem § 51 die Fassung zu geben: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung bewußtlos oder geisteskrank war“ — und für die vermindert Zurechnungsfähigen eine besondere Art des Strafvollzugs einzuführen. — Ohne prinzipielle Aufnahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Str.G.B. wird das aber doch wohl nicht gehen. *Deiters.*

Colin, Henri, Les aliénés criminels. Revue de Psychiatrie. Septbr. 1902 No. 9.

Verf. macht nach einem kurzen geschichtlichen Überblick ausführlich Mitteilungen über den Stand der Fürsorge für die geisteskranken Verbrecher in Frankreich und den übrigen Ländern. Ein näheres Eingehen würde den Rahmen eines Referates überschreiten, es muß deshalb auf das Original verwiesen werden. *Behr, Lüneburg.*

Allison, H. E., Hospital provision for the insane criminal. American journal of insanity. July 1903.

Verf. bespricht ausführlich die verschiedenen Arten geisteskranker Verbrecher, er betont die vielfachen Unannehmlichkeiten, die die Unterbringung dieser Kranken in den öffentlichen Irrenanstalten zur Folge haben, ebenso die Schwierigkeiten, die sich ergeben, wenn derartige Kranke in Zuchthäusern verbleiben. Er fordert einmal eine scharfe Beobachtung der Verbrecher auf Geisteskrankheit seitens der Gefängnisbeamten. Weiter wünscht er die Errichtung besonderer Anstalten für verbrecherische und gefährliche Geistesranke und die gerichtsseitige Überweisung derartiger Kranker in diese Anstalten. Schließlich verlangt er in allen Gefängnissen und Anstalten

für geistig Minderwertige jeder Art eine genaue Untersuchung der Vorgeschichte jedes Insassen, um alle derartige Individuen, die entgegen den bestehenden Einwanderungsgesetzen nach Amerika eingewandert sind, ausweisen zu können. *Behr.*

Biondi, Sulla valutazione delle denunce e testimonianze delle isteriche nella pratica forense. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29. H. 1 u. 2.

Verf. warnt davor, in gerichtlichen Fällen die Anklagen oder Zeugnisse von hysterischen Personen kurzerhand zurückzuweisen. Er verlangt vielmehr eine genaue psychiatrische Untersuchung der Person mit eingehender Prüfung der äußeren Umstände. Verf. hatte zwei hysterische Personen zu begutachten. Die eine, eine unbescholtene Frau, hatte gegen einen Mann die Anklage erhoben, daß er sie zu vergewaltigen versucht habe. Die andere, eine Prostituierte, behauptete, von diesem und jenem jungen Mann gewaltsam beraubt worden zu sein. Die psychiatrische Untersuchung ergab, daß die eine Person durchaus keine ethischen Defekte zeigte und die Wahrheit sprach, während die zweite romanhafte Lügengewebe auszuspinnen pflegte und psychische und physische Degenerationszeichen aufwies. Die Fälle waren von den Gerichten teilweise verkannt worden. *Ganter.*

Tonnini, Le correlazioni psichiche ed organiche nell' indagine degli stati dell' animo e delle funzioni organiche. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28. H. 4.

An der Hand eines Gutachtens — und was für eines merkwürdigen Gutachtens! — singt der Verf., Prof. der Psychiatrie, ein Loblied auf die psychologische Untersuchung, die selbst da noch Licht bringe, wo alle anderen Mittel versagten. Ein 57jähriger Polizeikommissar, der von seiner Frau getrennt lebte, hatte seine Wohnung im Hause einer Frau, die zwei Töchter hatte, genommen. Er machte den Beschützer der Familie und wollte eine der Töchter an seinen Neffen verkuppeln. Da wurde der Kommissär versetzt, der Neffe aber war nie erschienen. Nun erhob die Witwe Anklage gegen den Kommissar wegen Notzucht, deren er sich an ihrer Tochter schuldig gemacht habe. Der Angeklagte bestritt dies und behauptete, er sei überhaupt impotent. Das Gericht legte nun dem Verf. die Fragen vor: 1. Ist der Angeklagte fähig, den Coitus zu vollführen? und 2. War er es zu jener Zeit? Die körperliche Untersuchung verlief resultatlos, dagegen kam Verf. aus der psychologischen Untersuchung zu dem Schluß, daß der Angeklagte potent sei, worauf dieser zu einem Jahr Gefängnis verurteilt wurde. Dieses psychologische Gutachten wäre eigentlich würdig, vollständig mitgeteilt zu werden. Verf. beruft sich auf das stutzerhafte Wesen des Angeklagten, auf

den Umstand, daß er sich den Schnurrbart färbte und drillte, militärisch stramm einherging, Weibern den Hof machte, viel schwätzte, überschwängliche Liebesbriefe schrieb, ein emphatisches Wesen zeigte u. dgl. Wir aber müssen ausrufen, der Herr behüte uns vor derartigen psychologischen Sachverständigengutachten.

Ganter.

Collella, Contributo allo studio della neuro-psicosi traumatica. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/02.

Ein Gutachten. Der Angeklagte hatte den Arzt seines Sohnes durch Revolverschüsse tödlich verletzt. Der Sohn hatte bei dem Arzte wegen einer Urethralstriktur in Behandlung gestanden und war dann, als dem Arzt der Nélatonkatheter abbrach, in ein Krankenhaus gebracht worden. Der Vater, der ihn einmal besuchen wollte, erfuhr unerwarteterweise, daß er gestorben sei. Dieser psychische Chok brachte eine große Veränderung bei dem sonst arbeitsamen und tüchtigen Familienvater hervor. Er vernachlässigte sich und seine ganze Familie, sein einziger Gedanke war der verstorbene Sohn, es entwickelte sich eine schwere Neurasthenie. Er trug sich mit Selbstmordgedanken und trieb sich bei einer Kirche herum, mit dem Vorhaben, sich zu erschießen. Da sah er zufällig jenen Arzt vorbeigehen. Ohne weiteres feuerte er mehrere Revolverschüsse auf ihn ab, verfolgte ihn bis zu seinem Hause und schoß dort auch auf den Bruder des Arztes. Er ging dann gelassen heim, als ob nichts geschehen wäre und ließ sich ruhig verhaften. Der Sachverständige stellte fest, daß der Angeklagte mit 14 Jahren eine Kopfwunde mit Knochendepression erlitten und seitdem häufig an Kopfschmerzen, oft von Erbrechen begleitet, gelitten habe. Dazu war er alkoholintolerant. Die Untersuchung selbst ergab: körperlichen Verfall, Erlöschen der geschlechtlichen Funktionen, Schwindelgefühle, abnorme Hitze- und Kälteempfindungen, Gesichtsfeldeinschränkung, Apathie, Gedächtnisschwäche, Mannkopfsches Symptom, Steigerung der Sehnenreflexe. Verf. gab sein Gutachten auf verminderte Zurechnungsfähigkeit ab.

Ganter.

Goodall, The case of an unrecognised degenerate punished by the law. The journal of mental science. April.

Ein Imbeziller, der vom Gericht nicht erkannt wurde, war wegen Sittlichkeitsverbrechen an einem Mädchen unter 13 Jahren verurteilt worden. Im Gefängnis stellten sich Sinnestäuschungen und Wahnideen ein, so daß er in die Irrenanstalt gebracht werden mußte, wohin er schon vorher gehört hätte. Verf. macht mit Recht auf die Gefahren aufmerksam, die der Gesellschaft drohen, wenn ein solches Individuum nach Verbüßung der Strafe wieder auf die Menschheit losgelassen wird. (Tout comme chez nous)

Gan

Wherry, Responsibility and crime. The alienist and neurologist. November.

Verf. setzt dem Titel noch zu: „Das zuverlässigste und wirksamste Kriterium für die Zurechnungsfähigkeit, wenn für Geisteskrankheit plaidiert wird, ist dies: ist die Begangenschaft Produkt und direkte Folge der behaupteten Geisteskrankheit?“ Der Aufsatz gibt die Antwort, wenn nicht, so ist der Geisteskranke als Verbrecher zu bestrafen. *Matusch.*

Wellenbergk, G., Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke. Psychiatrische und Neurologische Bladen 2.

Verf. will die Ausdrücke „geisteskranke Verbrecher“ und „verbrecherische Geisteskranke“ ausgemerzt wissen und schlägt für beide Kategorien die Bezeichnung „gefährliche Geisteskranke“ vor. Im Anschluß an die bekannte *Nückesche* Behandlung wird die Literatur kurz besprochen.

Die schon öfters niedergelegten Gründe, welche gegen die Unterbringung derartiger Individuen in den gewöhnlichen Irrenanstalten angeführt werden, sind nach Verf. nicht stichhaltig. Am praktischsten scheint Verf. der *Leppmannsche* Vorschlag zu sein, die Internierung der geisteskranken Verbrecher in besonderen Adnexen der Irrenanstalten.

Dadurch meint Verf., fällt ein guter Teil der Verantwortlichkeit des leitenden Arztes fort. Die Fürsorge für die entlassenen gefährlichen Geisteskranken bedarf noch besonderer gesetzlicher Regelung. *Serger.*

Robertson, Recognition of the insane in penal institutions a factor in diminishing crime. The amer. journ. of insan. 1903. No. 2.

1859 wurde in Amerika das erste Asyl für geisteskranke Verbrecher in Auburn N.-Y. eröffnet; jetzt bestehen in Nordamerika eine ganze Reihe solcher Anstalten; in einigen Staaten sind besondere Irrenabteilungen in Verbindung mit den Gefängnissen. Für irre Verbrecher scheint demnach genug gesorgt. Als großen Mangel sieht es aber *R.* an, daß man nicht dazu übergeht, durch psychiatrisch gebildete Ärzte die Gefängnisse nach Irrsinnigen abzusuchen. Die staatlichen und kommunalen Behörden müßten mehr auf diesen Punkt hingewiesen werden, sie müßten lernen, daß Verbrechen und Vergehen zum großen Teil Folge von Geistesschwäche und Geisteskrankheit sind. Die Irrenabteilungen sollen auch nicht ein Adnex der Gefängnisse bilden, sondern in weiterer Entfernung von solchen gebaut werden. Verf. glaubt, daß die meisten nicht zu disziplinierenden Verbrecher Geisteskranke sind. Wo solche Elemente aus den Gefängnissen entfernt wurden, war die Disziplin eine wesentlich bessere. Jedes Gefängnis muß einen Psychiater zur Hand haben, oder alle Staatsgefängnisse müssen periodisch durch einen Psychiater revidiert werden. Die als psychisch krank Befundenen sollen geheilt oder dauernd unschädlich gemacht werden, damit sie nicht weiterhin durch Zeugung neuer Verbrecher die Menschheit schädigen. *Umpfenbach.*

Gottschalck, R., Grundriß der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Juristen. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1903. Preis 5,50 M.

Kurz aber umfassend wird das Gebiet der gerichtlichen Medizin, besonders auch der Unfallfürsorge behandelt. Die gerichtliche Psychiatrie wird nicht mit abgehandelt. Zum Selbststudium der gerichtlichen Medizin eignet sich das *Gottschalcksche* Buch ganz vortrefflich.

4. Allgemeine Pathologie, Ätiologie und Therapie.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

Weber, Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Alts Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle, Marhold. 54 Seiten.

Häufig werden körperliche Krankheiten als die Ursache von Geistesstörung angenommen. Es müssen in jedem einzelnen Falle die Fragen aufgestellt werden:

1. Ist eine körperliche Erkrankung, welche sich nicht direkt und ausschließlich am Gehirn abspielt, für sich allein ohne Mitwirkung anderer Faktoren imstande, eine Geisteskrankheit hervorzurufen?

2. Ist die so entstandene Geistesstörung durch bestimmte Symptome in ihrem Verlauf, ihrer Prognose gekennzeichnet, welche für die Entstehung aus der körperlichen Erkrankung charakteristisch sind?

3. Kann eine bereits bestehende Psychose durch körperliche Erkrankungen in ihrem Verlauf und der Schwere ihrer Erscheinungen wesentlich beeinflusst werden?

Von Schädlichkeiten kommen dabei in Frage: traumatische Einwirkungen aller Art, Intoxikationen, akute Infektionskrankheiten, sog. konstitutionelle, erschöpfende Erkrankungen, wie Anämie, Diabetes, Karzinose, chronische Tuberkulose und verschiedene, hauptsächlich in einzelnen Organen oder Organsystemen lokalisierte Erkrankungen. Unter den traumatischen Einwirkungen liegen die Verhältnisse am einfachsten bei schweren Verletzungen des Schädels. Ist der ganze Körper von einer Gewaltwirkung getroffen, so ist sie für einen später sich entwickelnden Gehirntumor, eine paralytische oder arteriosklerotische Degeneration der Hirnrinde nur als mittelbare oder

Gelegenheitsursache zu betrachten. Eine besondere Gruppe bilden die traumatischen Neurosen und Psychosen, bei denen die Geringfügigkeit der Gewaltwirkung in Kontrast steht mit den schweren, unter dem Bilde der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie und Paranoia verlaufenden klinischen Erscheinungen. Wichtiger als das Trauma selbst sind hier die Wirkungen von Schreck und Sorge um Leben und Gesundheit. Unter den Intoxikationspsychosen ist das bestbekannte Beispiel die akute und die chronische Alkoholvergiftung. Rausch, Delirium tremens, Alkoholepilepsie, Alkoholparanoia und Alkoholparalyse bilden wohlcharakterisierte klinische Krankheitsbilder. In vielen Fällen kann man hier aus der klinischen Beobachtung mit Sicherheit die Krankheitsursache erkennen. Auch der Morphinismus und Kokainismus haben in ihren Symptomen einzelne charakteristische Züge, doch wird es hier kaum möglich sein, aus dem psychischen Zustandsbilde allein mit Sicherheit auf die Ätiologie zu schließen. Die Geisteskrankheiten nach chronischer Vergiftung mit Blei und Schwefelkohlenstoff bieten nicht einheitliche Bilder. Unter den endogenen Vergiftungen sind die Autointoxikationen, d. h. die Schädigung des Organismus durch Produkte des eigenen Stoffwechsels, als Ursache verschiedener Psychosen herangezogen worden. Neben der Giftwirkung kommen bei allen Intoxikationspsychosen auch andere schädigende Momente, besonders erbliche Belastung in Betracht, wodurch zum Teil erklärlich wird, daß dieselbe Vergiftung verschiedene Formen von Geistesstörung hervorrufen kann. Eng verwandt mit den Intoxikationspsychosen sind die in Begleitung oder im Gefolge von Infektionskrankheiten aller Art auftretenden Geistesstörungen: Fieberdelirien, Infektionsdelirien und postinfektiöse Psychosen. Ein Teil von ihnen steht in engem ätiologischen Zusammenhang mit dem Grundleiden, insofern als Erhöhung der Körpertemperatur, Beschleunigung des Stoffwechsels, vor allem aber das lebende infektiöse Virus oder die Infektionstoxine direkt schädigend auf das Gehirn einwirken. Diese Fälle sind häufig auch in ihrem Verlauf und Ausgang von dem Grundleiden abhängig. Bei vielen anderen, namentlich den postinfektiösen Psychosen ist die Infektionskrankheit häufig nur ein auslösendes Moment für die bereits latent vorhandene Psychose. Das klinische Bild der Infektionspsychosen ähnelt dem der Erschöpfungspsychosen; dagegen ist es für die spezielle Art der zugrunde liegenden Infektion in den allermeisten Fällen nicht charakteristisch. Von den langsam verlaufenden (dyskrasischen) Krankheiten kommen Diabetes, Albuminurie, Anämie, Chlorose, allgemeine Karzinose, Tuberkulose und Syphilis sowie die auf Erkrankung der Schilddrüse beruhenden Stoffwechselstörungen als Ursachen von Geisteskrankheiten in Betracht. Die in ihrem Gefolge entstehenden Psychosen bieten wenig Charakteristisches und entstehen wohl teils durch die Ernährungsstörungen, die das Gehirn durch die Verschlechterung des Stoffwechsels erleidet, teils direkt durch Autointoxikation. Erkrankungen einzelner Organe können die Gelegenheitsursache für den Ausbruch von solchen Geistesstörungen abgeben, die schon anderweitig vorgebildet sind. Sie können aber auch durch reflek-

torische Reizung. Vergiftungen, Zirkulations- und Ernährungsstörungen eine tief liegende, wichtige Ursache von Psychosen werden. Bei hypochondrischen Seelenstörungen geben die zugleich vorhandenen Organerkrankungen die Richtung und den Inhalt der psychischen Symptome an.

Gastpar. Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge. Stuttgart, F. Enke. 90 Seiten.

Die Abhandlung, welche in erster Linie die württembergischen Verhältnisse berücksichtigt, kommt zu folgenden Schlußsätzen: Eine richtige Behandlung Geisteskranker vor ihrer Verbringung in eine Anstalt verlangt: 1. Eine genügende Vorbildung der Ärzte in der Psychiatrie, d. h. die Psychiatrie ist als Prüfungsfach anzuerkennen. Auch das juristische Studium ist nach dieser Richtung hin zu erweitern. 2. Falls die Familie des Kranken nicht mehr zu seiner Verpflegung imstande ist, hat der Staat sich derselben anzunehmen. 3. Dies geschieht durch Errichtung von Asylen, offenen Abteilungen an Anstalten, Einführung von Sprechstunden einerseits und strenge Überwachung sämtlicher Lokalitäten, in welchen sich Geisteskranke befinden, andererseits. 4. Eine einheitliche Regelung der Irrenfürsorge durch ein Irrengesetz. 5. Aufklärung des Publikums über psychiatrische Fragen. 6. Förderung der Vereinstätigkeit.

Grimaldi und Scotti, Tuberkulose und Geisteskrankheit. Rivista mensile di Psichiatria forense, Antropologia criminale e scienze affine. No. 5.

Umfragen in zahlreichen italienischen Irrenanstalten ergaben, daß die Zahl der tuberkulösen Geisteskranken erheblich und ihre Sterblichkeit groß ist, in einzelnen Anstalten bis acht- oder neunmal größer als bei den geistesgesunden Phthisikern. Viele von den tuberkulösen Geisteskranken haben sich die Krankheit erst in der Irrenanstalt zugezogen. Die neuropathische erbliche Belastung ist bei ihnen häufiger als die tuberkulöse. Der geistige Krankheitszustand verschlechtert sich während der Dauer der Tuberkulose bis auf wenige Ausnahmen. Die Isolierung der tuberkulösen Geisteskranken ist in den meisten italienischen Irrenanstalten noch ungenügend.

Stier, Über Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg, Gebr. Lüdeking. 43 Seiten. 1 M.

Die Betrachtungen führen zu der Forderung, daß zur Vermeidung der Einstellung von psychisch gefährdeten Leuten mehr Aufmerksamkeit auf den früheren Aufenthalt in Irrenanstalten oder Schulen für schwachbefähigte Kinder, sowie auf erbliche Belastung und Degenerationszeichen verwendet werde. Zur Vermeidung des Ausbruches von Geisteskrankheiten bei aktiven Soldaten sollen alle Mannschaften, welche sich bei der Ausbildung als sehr

beschränkt erweisen, in möglichst großer Zahl wieder entlassen werden. Der Kampf gegen den Alkoholismus und die Folgen der Lues müßte energischer geführt werden. Zur Behandlung der Erkrankten werden für jedes Lazarett Einrichtungen gefordert zur vorläufigen Unterbringung auch der erregtesten Geisteskranken. Alle zweifellos geistig Kranken müssen möglichst rasch einer Irrenanstalt überwiesen werden. In dem größten Lazarett eines jeden Armeekorps müßte eine Nervenabteilung unter Leitung eines spezialistisch ausgebildeten Militärarztes eingerichtet werden, in der zweifelhafte Fälle beobachtet werden könnten. Zur Behandlung von erkrankten Unteroffizieren und Offizieren ist die Errichtung von ein oder zwei Militärirrenanstalten wünschenswert. Ein Kursus über Psychiatrie müßte in die Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere eingefügt werden.

Mendel, E., Wann ist ein Geisteskranker aus der Familie zu entfernen und einer Irrenanstalt zu überweisen? Die Krankenpflege. Bd. 2. Heft 3.

Es werden für den praktischen Arzt die Grundsätze entwickelt, wann er die Überführung eines Kranken in eine Irrenanstalt für notwendig erklären muß. Auf die Selbstmordgefahr bei Melancholischen wird besonders hingewiesen. Schließlich werden die in Berlin geltenden Bestimmungen über die Aufnahme in die verschiedenen Arten von Anstalten mitgeteilt.

Zimmer, Eine Streitfrage zwischen Ärzten und Pädagogen. Die Krankenpflege. Bd. 2. Heft 2.

Es wird zugegeben, daß der Leiter eines Krankenhauses und einer Irrenanstalt ein Arzt sein muß. Auch die Leitung der Anstalten für erwachsene Epileptiker wird den Ärzten zugebilligt. Dagegen wird an die Spitze der Anstalten für jugendliche Epileptische „ein pädagogisch gebildeter Arzt oder ein psychiatrisch gebildeter Pädagoge“ verlangt. Als Leiter einer Idiotenanstalt wird ein Mann gefordert, der Liebe für diese Armen hat, sodann das nötige pädagogische Geschick und schließlich Verwaltungstalent. „Wer das hat, mag berufen sein, sei er Arzt oder Theologe oder Pädagoge oder was sonst.“

Lery, Paul Emil, Die natürliche Willensbildung, eine praktische Anleitung zur geistigen Heilkunde und zur Selbsterziehung. Berechtigte Übersetzung nach der dritten Auflage der französischen Ausgabe von Dr. Max Brahn. Leipzig, Voigtländers Verlag. 2 M.

Verf., ein eifriger Anhänger der Psychotherapie, bespricht ausführlich und fesselnd Wert und Wesen von Suggestion und Autosuggestion und führt

dann zur Erläuterung zahlreiche interessante Beobachtungen und Beispiele, besonders aus der eigenen Praxis, an. Bezüglich der Autosuggestion wünscht er weiteste Verbreitung und verspricht sich von dieser „arzneilosen Medizin“, die jeder durch entsprechende Leitung und Erziehung seines Willens an sich selbst ausüben kann, größten Nutzen. Sowohl körperliche wie schwere nervöse Leiden sah er dadurch geheilt oder gebessert.

Schroeder-Lüneburg.

Hegar, August, Die Behandlung der Obstipation der Geisteskranken als Gegenstand der Irrenpflege. Die Krankenpflege. Bd. II. H. 1. 1902/3.

Verf. bespricht in zusammenhängender und erschöpfender Weise die Behandlung der Verstopfung. Nachdem der Arzt selbst sich von Form, Quantität und Farbe der Stühle überzeugt habe, komme er in den meisten Fällen mit Bettruhe und Einläufen, die man durch Zusatz von Seife oder Essig wirksamer machen könne, zum Ziele. Drastica seien entbehrlich, dagegen in manchen Fällen die Applikation von 30–40 ccm Glyzerin, event. mit nachfolgendem Einlauf, empfehlenswert. Allerdings müsse man bei Darmatonie öfter zu milden Abführmitteln greifen; bei verzweifelten Fällen könne die Einführung von Olivenöl durch den Magenschlauch, sogar manuelle Ausräumung, nötig werden. Salina seien zu verwerfen.

Stolzenburg-Lüneburg.

Raimann, Ein Fall von Cerebropathia psychica toxæmica (Korsakoff) gastro-intestinalen Ursprungs. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. 1902. p. 329.

Verf. fügt den bisherigen Veröffentlichungen über den Zusammenhang gastro-intestinaler Autointoxikation mit Psychosen einen neuen Fall hinzu. Auf dem gemeinsamen ätiologischen Boden hatte sich hier eine Poliencephalitis sup. acuta und eine Psychose vom Charakter der Korsakoffschen Geistesstörung entwickelt. Der 49jährige Kranke war kein Potator, erlitt mit sechs Jahren ein Schädeltrauma ohne bleibende Folgen und hatte stets unter Verdauungsbeschwerden zu leiden. Anfang Januar 1902 verdarb er sich den Magen, wurde matt, vergeßlich, schlummersüchtig und hinfällig. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 28. Januar. Die körperliche Hinfälligkeit und die Gedächtnisschwäche mit Erinnerungsfälschungen nahmen zu. Neuritische Erscheinungen bestanden nicht, dagegen leichte Paresen an den äußeren Augenmuskeln. Am 3. Februar exitus. Bei der Sektion fanden sich Geschwüre des Dünndarms und eine frische fibrinös eitrige Peritonitis, ausgehend von einem großen Geschwür des Jejunum. Bakteriologisch wurde im Peritonealexsudat *Bact. coli commune* nachgewiesen, Kulturen aus der Ventrikelflüssigkeit und Gehirnbrei blieben steril. Durch die mikroskopische Untersuchung des Gehirnstammes wurden Infiltration mit Rundzellen und

Blutungen vom Aquaeductus Sylvii abwärts bis unterhalb der Region der Augenmuskelkerne gefunden. Im Gegensatz zu der überwiegenden Bedeutung, die der chronische Alkoholismus bei der Hervorbringung der hämorrhagischen Entzündungen im Gehirnstamm spielt, war in diesem Falle der ätiologische Faktor in der beschriebenen Darmerkrankung zu suchen.

Tantzen-Lüneburg.

Schuurmans Stekhoven, Ein Schema zur Erlangung vergleichbarer Ergebnisse bei der Untersuchung der psychischen Funktionen. Psychiatrische und neurologische Bladen 1903.

Verf. verlangt von einem Schema einer psychologischen Untersuchung, daß es überall anzuwenden, daß es für die zu untersuchende Person nicht unangenehm und daß es wenig zeitraubend ist. Diesen Anforderungen genügen die bekannten *Sommerschen* Fragebogen nicht. Es ist hauptsächlich an ihnen auszusetzen, daß sie nicht überall anzuwenden sind, sie eignen sich nur zur Untersuchung von Kranken mit Volksschulbildung. Verf. hat neue Schemata ausgestellt, deren Einzelheiten im Auszuge nicht mitteilbar sind. Sie ermöglichen die Untersuchung der Paralexie, der Aufmerksamkeit, Schnelligkeit der Assoziationen, sie prüfen die Schulkenntnisse. Absichtlich hat Verf. Fragen nach Halluzinationen, Illusionen, Wahnvorstellungen, Stimmungsanomalien nicht in seine Schemata mit aufgenommen. — Daß Verf. Methode weniger zeitraubend ist als die *Sommersche*, möchte Ref. bezweifeln.

Sergey.

van Deventer, J., Sn., von Dale, J. H. A., Vos, W., Bericht über die Familienpflege der Geisteskranken. Psychiatrische und neurologische Bladen 3/4.

Verf. besprechen in mehreren Kapiteln Begriffe und Vorteile der Familienpflege, die Systeme derselben, Verpflegungskosten, Organisation, Auswahl der Patienten, Indikationen, Auswahl der Wohnung und der Familien, Beginn der Familienpflege, Auswahl des Geländes, und kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Familienpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Krankenbehandlung.

Die Leitung derselben gebührt dem Direktor der Anstalt.

2. Die Familienpflege muß in der Nähe einer gut geleiteten Anstalt eingerichtet werden.

3. Unter einer derartigen Anstalt ist eine isoliert im platten Lande gelegene Irrenanstalt zu verstehen.

4. Auch für die Familienpflege sind die gesetzlichen Bestimmungen maßgebend.

5. Die Versetzung der Kranken in die Familie und die Rücknahme desselben in die geschlossene Anstalt hat ohne besondere Bestimmungen lediglich aus medizinischen Gründen zu geschehen.

6. Jede Versetzung der Kranken in die Familie und jede Rückkehr in die Anstalt geschieht unter Verantwortlichkeit des Direktors.

7. Auch aus finanziellen Gründen ist die Familienpflege zu empfehlen.

8. Bei dem Neubau von Anstalten ist auf die Einrichtung einer Familienpflege Rücksicht zu nehmen.

9. Die Familienpflege gestattet bewährten Pflegern die Möglichkeit der Verheiratung.

Serger.

Bütte jr., Dr., Landwirtschaftlicher Betrieb bei den Irrenanstalten. Psychiatrische und neurologische Bladen 2.

Verf. bespricht die Vorteile der Beschäftigung der Geisteskranken in der Landwirtschaft, ohne im ganzen wesentlich Neues zu bringen.

Daß ein derartiges Thema in einem Vortrage überhaupt noch besprochen wird, liegt, wie Verf. selbst zugibt, daran, daß die holländischen Anstalten auf diesem Gebiete etwas zurückgeblieben sind.

Serger.

van Deventer sn., J., Familienverpflegung. Psychiatrische und neurologische Bladen 3/4.

Verf. führt aus, daß sich eine Familienpflege nur im Anschluß an eine geschlossene Anstalt einrichten läßt und demonstriert an einer ganzen Reihe von Krankengeschichten, wie vorteilhaft die Familienpflege auch in anscheinend ganz hoffnungslosen Fällen wirken kann.

Serger.

Tuczek, Geisteskrankheit und Irrenanstalten. Sechs gemeinverständliche Vorträge. Marburg. A. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung. 1902.

In vortrefflicher, klarer und anschaulicher Weise behandelt der Verf. dasjenige aus dem Gebiet der psychischen Krankheiten, was für das Laienpublikum von Wert ist und was zu einem besseren Verständnisse beitragen kann.

Wünschenswert ist die weiteste Verbreitung der trefflichen Vorträge.

Schreber, Daniel Paul, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Verlag von Oswald Mutze. Leipzig 1903. Preis 8 M.

Der Verf. hat neun Jahre in Irrenanstalten zugebracht und ist zweifellos, trotz der aufgehobenen Entmündigung, auch zur Zeit der Abfassung des Buches noch nicht gesund. Auch übersinnliche Einblicke hat er in das Wesen Gottes, die Fortdauer nach dem Tode etc., wovon er ausführliche Schilderungen gibt.

White, W. A., The geographical distribution of insanity in the United States. The journ. of nerv. & mental disease May.

Verf. setzt wortreich auseinander, daß für die Vereinigten Staaten zu trifft, was anderswo erwiesen ist, nämlich, daß die Kurve des höchsten

G*

Prozentsatzes Geisteskranker von klimatischen und topographischen Bedingungen unabhängig ist, dem Alter und dem Grade der Kultur, der Bevölkerungsdichte und der Anhäufung in großen Städten folgt, und schließt mit dem unvermeidlichen Dithyrambus auf Amerika und die Amerikaner.

Matusch.

Pickott, W., Psychomotor hallucination and double personality in a case of paranoia. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Ein Kranker, früherer Kesselschmied, sprach Worte, die er als von einer hinter ihm befindlichen Person gesprochen bezeichnete; er meinte, diese Person benutze seinen Körper zum Sprechen und zu Bewegungen und stelle bei den Mahlzeiten Speisen für sie zurück. *P.* erklärt den Fall für ein Beispiel der psychomotorischen Halluzination im Sinne *Ségla's* und deutet die Verdoppelung der Persönlichkeit, wofür er den nicht sehr glücklichen Namen „akzessorische Persönlichkeit“ vorschlägt, mit *Ségla's* als einen Erklärungsversuch des Kranken.

Matusch.

Walton, G. L., & Paul, W. E., Contribution to the study of the Achilles-jeck and the front-tap. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Untersucht wurden 500 Personen verschiedenen Alters und Geschlechts mit folgendem Ergebnis: Der Achillessehnenreflex ist bei Gesunden so konstant wie der Patellarreflex und wechselt weniger als dieser in der Stärke, er verschwindet in der Regel bei *Tabes* früh und ist in dieser Hinsicht diagnostisch so wertvoll wie der Patellarreflex; in einem vorgeschrittenen Falle von *Tabes* war er mit dem Patellarreflex einseitig erhalten, in zwei von fünf Fällen mit erhaltenem Patellarreflex verschwunden. In einem Falle von Abschwächung der Patellarreflexe, was vielleicht infolge toxischen Einflusses wie Diphtherie eintreten kann, war der Achillesreflex nicht verringert. Dies Verhalten des Achillesreflexes kann bei Verdacht auf *Tabes* und fehlendem oder abgeschwächtem Kniephänomen diagnostisch und prognostisch wichtig werden.

Die von *Gowers* als Front-tap bezeichnete Erscheinung der Plantarflexion bei Schlag auf den m. tibial. ant. fand sich bei 40% der untersuchten Gesunden, bisweilen sehr lebhaft, bei Epileptikern in 75%, bei Neurosen, wie Hysterie, Neurasthenie etc. in 71%. Ein besonderer diagnostischer Wert kommt dem Zeichen nicht zu.

Matusch.

Hyde, F. G., Notes on the Hebrews insane. The american journal of insanity. Jan. 1902.

Seit Eröffnung der Männerirrenanstalt Manhattan (New-York) wurden 17135 Fälle aufgenommen, davon 10,05% Juden, in den letzten fünf Jahren

15,44% = 573. Von diesen waren Alkoholiker 5,24%, Infizierte 5,58%, Paralytiker 18,06%. Die Verhältniszahlen zur Bevölkerung sind nicht genannt.
Matusch.

Zander, R., Vom Nervensystem, seinem Bau und seiner Bedeutung für Leib und Seele im gesunden und kranken Zustande. Mit 27 Figuren im Text. Leipzig. Druck und Verlag von B. G. Teubner. 1903. Preis geh. 1 M., geb. 1.25 M.

Die Darstellung des Verf. ist allgemeinverständlich, anschaulich und klar. Es werden Bau und Leistungen des Nervensystems besprochen mit Berücksichtigung der Entwicklung desselben vom niederen Tier bis zu den komplizierten Verhältnissen des menschlichen Nervensystems.

Laien, welche sich Kenntnis des Nervensystems erwerben wollen, kann das Buch nur lebhaft empfohlen werden.

Wright, Dos. A. B., and *Haviland, C. Floyd*, Additional notes upon tent treatment for the insane at the Manhattan state Hospital, East. American journal of insanity. July 1903.

Vortragende sprechen sich lobend über die seit einiger Zeit in Manhattan State Hospital eingeführte Behandlung tuberkulöser Geisteskranker in Zelten aus, die auch den Winter hindurch fortgesetzt wurde. Die Zahl der Todesfälle nahm ab, auch sonst war in den meisten Fällen eine Besserung, besonders eine Gewichtszunahme, zu konstatieren. Das Gleiche gilt für die verblödeten und zur Unsauberkeit neigenden Kranken, auch bei ihnen ergab die Zeltbehandlung günstige Resultate.
Behr.

Kreibitz, Josef Klemens, Die fünf Sinne des Menschen. Ein Zyklus volkstümlicher Universitätsvorlesungen. Mit 30 Abbildungen. Druck und Verlag von B. G. Teubner. Leipzig 1901.

Ein für das Laienpublikum berechnetes Werk, welches in klarer, allgemeinverständlicher Weise die physiologischen und psychologischen bezw. psychophysischen Verhältnisse der Sinnesorgane kurz behandelt.

Pieron, Messung des Zahlengedächtnisses. Revue de psychiatrie. 1902. Janv. p. 16.

Zu einer einfachen, in der Praxis leicht ausführbaren Methode der Prüfung für das Gedächtnis von Zahlen empfiehlt Verf. verschiedene technische Maßnahmen. Als wichtige Vorbedingungen der Versuche fordert er für den zu Untersuchenden möglichste Ruhe und Isolierung, das Fernhalten von zerstreuenden Eindrücken, Verbinden der Augen bei Einwirkungen auf den Gehörsinn, Beschränkung des Gesichtsfeldes auf die Untersuchungs-

tafeln bei der Prüfung des visuellen Gedächtnisses. Die Ziffern werden in Serien von zwei bis zehn Zahlen mittels einer Schreibmaschine auf Kartons gedruckt und in bestimmten, durch Metronomschläge bestimmten Zeitabschnitten als Zahlenserien oder nacheinander vorgeführt. Bei der Prüfung des Gedächtnisses für gehörte Zahlen wendet Verf. den Phonographen an, um gleichmäßige Schallintensität und genaue Vorführung der Ziffern in den Zeiteinheiten zu ermöglichen. Er beginnt mit sechsstelligen Zahlen und steigt oder geht herab nach dem Vermögen des Untersuchten. Zwei Sekunden nach der Probe diktiert das Untersuchungsobjekt die erhaltenen Eindrücke. Als Maß des individuellen Gedächtnisses für Zahlen dient die Anzahl der richtig behaltenen Ziffern.

Tantzen.

Léon-Kindberg, Le sentiment du déjà vu et l'illusion de fausse reconnaissance (Identifizierende Gedächtnistäuschung Kraepelins). *Revue de psych.* 1903. Avril. p. 139.

Die Erscheinung, daß man eine bestimmte Situation schon einmal gesehen und erlebt zu haben glaubt, ohne daß dies der Fall ist, wurde wiederholt beschrieben und auch in der schönggeistigen Literatur verwertet. In der vorliegenden ausführlichen Arbeit werden die Angaben der französischen und ausländischen Autoren, besonders *Kraepelins*, sorgfältig angeführt und kritisch besprochen. Es ergibt sich etwa Folgendes. Die identifizierende Gedächtnistäuschung ist bei Gesunden und Geisteskranken nichts Ungewöhnliches, am ausgeprägtesten bei gewissen Epileptikern und Neurasthenikern, denen es zum Ausgangspunkt eines Wahnsystems werden kann. Vorher geht geistige Übermüdung oder Überreizung. Begleitet wird die Erscheinung häufig von dem Gefühl tiefer Langeweile, seltener von heftigeren Gemütserschütterungen oder von Schwindelgefühlen. Wesentlich ist die Empfindung der Unwirklichkeit der äußeren Objekte, des „Schwindens des Persönlichkeitsgefühls“: alles ist abgeschwächt wie im Traum. Die Störung im geistigen Leben der betroffenen Personen besteht darin, daß sie nicht die eigenartige psychologische Arbeit leisten können, welche Verf. als „Besitzergreifung der Wirklichkeit“ definiert. Die Wirklichkeit erscheint ihnen wie ein seltsames Traumbild. In diesem Gefühl des Automatismus, bei dem Mangel der Anstrengung in der Erfassung der Außenwelt kann dann leicht die Empfindung entstehen, daß das in der Gegenwart Befindliche schon einmal gesehen, empfunden, getan worden sei.

Tantzen.

Vaschide, Vorpas. L'analyse mentale. Paris 1903. 268 S.

Diese Arbeit soll den ersten Band eines umfangreich angelegten Werkes über die krankhafte Logik bilden. Die Herausgabe von drei Fortsetzungen, und zwar über den krankhaften Syllogismus, über die krankhafte Gemütsbewegung und über die krankhafte geistige schöpferische Tätigkeit, wird beabsichtigt. Sie sollen eine umfassende Zergliederung der pathologisch veränderten Logik vom psychophysiologischen Standpunkt aus enthalten.

In folgenden vier Abarten tritt die geistige Analyse bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheit hervor.

1. Das Delir durch krankhafte körperliche Selbstbeobachtung. Darunter sollen alle Krankheitszustände gerechnet werden, deren Wahnvorstellungen in ihrer Hervorbringung und psychologischen Verarbeitung auf einer übertriebenen und bis zum Wahnhaften gesteigerten Analyse des körperlichen Zustandes beruhen, ohne Berücksichtigung ihrer besonderen Form und Färbung. Als Beispiel wird eine 50jährige, erblich belastete Säuerin angeführt, die sich ausschließlich mit ihren hypochondrischen Sensationen und Halluzinationen beschäftigt.

2. Der Wahn durch krankhafte geistige Selbstbeobachtung. Die Kranken beschäftigen sich lediglich mit ihren inneren Erlebnissen und haben für die Außenwelt vielfach eine richtige Beurteilung, aber keinerlei Interesse. Als Beispiel dient eine 43jährige, erblich belastete Frau mit Zweifelsucht, Zwangsideen, Halluzinationen und melancholischer Verstimmung, die in ihrem Innern beständig nach Gründen für ihre krankhaften Selbstbezüglichungen forscht.

3. Unter extrospection délirante wird die wahnhafte Verarbeitung der Vorgänge in der Außenwelt und der sozialen Umgebung verstanden. Zur Erläuterung dient ein typischer Fall einer chronischen, halluzinatorischen Paranoia.

4. Das metaphysische Delir soll schließlich Zustände bezeichnen, in denen die Kranken ohne genügendes Verständnis, getrieben von mystischen Neigungen, sich ausschließlich mit den höchsten und meist unlösbaren Problemen beschäftigen.

Nach den Verff. spielt die geistige Analyse in Form der Intro- und Extrospektion keine wichtigere Rolle für die unzweifelhaften Geisteskrankheiten, mit Ausnahme der Paranoia, und tritt auch für die Erkrankungen mit groben anatomischen Gehirnläsionen oder mit Verwirrtheitszuständen erheblich an Bedeutung zurück gegenüber den psychischen Störungen bei Neurosen.

Tantzen.

Toulouse et Piéron, Les tests en psychopathologie. Revue de psychiatrie. Janv. 1903. p. 1.

An die Stelle der Schilderung von Symptomen und Zuständen bei Geisteskranken, die stets mehr oder minder subjektiv gefärbt ist, wünschen Verff. die Prüfung mittels meßbarer und vergleichbarer psychologischer Untersuchungsmethoden, ausgeführt durch Instrumente oder angemessene Probeobjekte.

Hierdurch allein können in Zahlen ausdrückbare Werte erhalten werden. Es ist möglich, die einfachen Empfindungen und die komplizierteren geistigen Operationen, wie Urteilsbildung, Gedächtnis, Phantasie, auf diese Weise zu messen. Die genauere praktische Begründung der Vorschläge wird für spätere Arbeiten vorbehalten. Zahlreiche Geisteskranke werden auf diese

Weise allerdings nicht zu untersuchen sein, da ein gewisses Eingehen auf die Absichten des Untersuchenden und der gute Wille der Kranken Voraussetzungen sind. Besondere Wichtigkeit auch in forensischer Beziehung beansprucht die psychologische exakte Forschung für die Schwachsinnformen leichteren Grades.

Tantzen.

Marie, De la convalescence dans les maladies mentales. *Revue de psych.* Nov. 1903. p. 445.

Die staatliche Fürsorge für rekonvaleszente und genesene Geistesranke der französischen Anstalten genügt nach Ansicht des Verf. bisher nicht. Nach einem eingehenden historischen Überblick über die Literatur und die betreffenden gesetzlichen Bestimmungen empfiehlt er in erster Linie besondere Baulichkeiten für Rekonvaleszenten innerhalb und außerhalb der geschlossenen Anstalten. Innerhalb der Anstaltsmauern soll ein Haus für ruhige, im Beginn der Genesung stehende Kranke eingerichtet werden, in dem die Grundsätze einer freien Behandlung nach Möglichkeit durchgeführt sind. Die innere Einrichtung des Hauses soll besonders freundlich und den gewohnten häuslichen Verhältnissen entsprechend sein. Die Möglichkeit des freien Ausganges und zweckmäßige Beschäftigung muß gewährt werden. Ein solcher Pavillon soll in Villejuif erbaut werden. Von hier aus kann die Entlassung versuchsweise erfolgen. Macht dies Schwierigkeiten, so rät Verf. die Unterbringung in kleinen Asylen, die von der Anstalt völlig getrennt und unabhängig sein sollen, wie sie in Paris bereits durch private Wohltätigkeit bestehen. Die entlassenen geheilten Geisteskranken arbeiten hier freiwillig; sie werden nach Möglichkeit mit Geld und Kleidung unterstützt, und es wird ihnen Arbeitsgelegenheit verschafft. Ebenso wie für die chronischen Fälle ist eine weitere Ausnutzung der Familienpflege für die Rekonvaleszenten anzustreben. Dadurch werden die Anstalten entlastet, die Kosten geringer und die Heilungsaussichten besser. Die Pfleglinge sollen nicht mehr als Geistesranke betrachtet werden und zu ihrer Zurückversetzung in die Anstalten soll ein förmliches Aufnahmeverfahren notwendig sein.

Tantzen.

Rabaud, Anormale und Degenerierte. *Revue de psych.* Sept. 1903. p. 375.

Zwischen Abnormalität und Degeneration soll scharf unterschieden werden. Das Abnorme besteht in Abweichungen eines an und für sich normalen und gut funktionierenden Gewebes. Es ist nichts Krankhaftes und hört auf, abnorm zu sein, wenn die Mehrheit der Individuen von der gleichen Veränderung befallen wird. Die Degeneration wäre hingegen stets eine wirkliche Krankheit, die in krankhaften Veränderungen der Gewebe ihre anatomische Begründung findet. Abnorm sind die Mikrocephalen, weil ihr Gehirn das Produkt einer Wachstumshemmung ist und eine normale Zahl von Projektionsfasern neben einer veränderten Anzahl von Neuronen und Assoziationsfasern ent-

halten soll. Zu den abnormen, nicht kranken Personen gehören die selt-samen Charaktere, die Desequilibrierten, gewisse geniale Menschen und solche mit einseitiger Entwicklung einiger Fähigkeiten auf Kosten anderer. Debile Degenerierte seien krank, weil die Struktur ihres Gehirns zwar normal erscheinen könne, aber die Substanz der Zellen eine minderwertige, pathologisch veränderte sei. Trotz der notwendigen prinzipiellen Trennung zwischen Anomalie (Variation) und Degeneration (Krankheit) könnten Übergänge und Verbindungen zwischen beiden vorkommen, indem das Gewebe, anfangs nur eine Variation bildend, sich späterhin wirklich krankhaft verändere.

Tantzen.

Marchand, Experimentelle Untersuchungen über die Gemütsbewegungen. *Revue de psych.* 1903. März. p. 133.

Nach der Theorie von *James-Lange* folgen die Gemütsbewegungen nicht direkt den erregenden Eindrücken, sondern es gehen ihnen die organischen Störungen der Zirkulation, der Respiration, des Spannungszustandes des Muskelsystems voraus. „Wir sind traurig, weil wir weinen, wir sind heiter, weil wir lachen.“ Verf. vertritt den Standpunkt, daß die Emotionen unmittelbar auf die Sensationen folgen. Die Veränderungen auf körperlichem Gebiet (Erröten, Erblassen, Zittern) sind sekundär. Ein Erythrophobe errötet nicht, weil neurovaskuläre und respiratorische Erscheinungen das Erröten veranlassen, sondern weil bei ihm die zerebral bedingte Zwangsvorstellung der Furcht zu erröten und die damit verbundene Gemütsbewegung eine Fluxion zum Kopf veranlaßt. Bei einem Paranoiker, der in einer anderen Person seinen vermeintlichen Verfolger sah, trat deutlich primär die erregende, das Gemüt erschütternde Idee auf. Die körperlichen Erscheinungen folgten mit merkbarer Pause. Diese Pause war um so länger, je heftiger die ursprüngliche Emotion war. Voraus geht allen Gemütsbewegungen stets eine rasche innere geistige Verarbeitung der erregenden Eindrücke. *Tantzen.*

Winfield, James Mac Farlane, Dermatoses of the insane. *American journal of insanity.* Jan. 1903.

Verf. hat 1084 Patienten des Long Island State Hospital auf das Vorkommen von Hauterkrankungen untersucht. Er fand nur bei 156 Personen Hautkrankheiten und schließt daraus, daß bei dem geordneten Leben, wie es in einer Anstalt der Fall ist, die Haut weniger zu Erkrankungen neigt. Dagegen konnte er in 226 Fällen Hautkrankheiten nachweisen, die die Psychiatrie zu Degenerationskrankheiten rechnet. Auf die näheren Angaben kann hier nicht eingegangen werden. *Behr.*

Norman, Notes on hallucinations. *The journal of mental science.* April und Juli.

Erörterung über die Entstehung der Halluzinationen an der Hand von Krankengeschichten. Verf. huldigt der Ansicht *Tamburinis*, daß die Hallu-

zinationen auf Reizung der psycho-sensorischen Zentren der Hirnrinde beruhen. Auch lasse sich diese Theorie mit der *Flechsigschen* Lehre der Assoziationszentren vereinen. *Ganter.*

White, The care and treatment of persons of unsound mind in private houses and nursing homes. The journal of mental science. April.

In England ist es Mode, daß die zahlungsfähigen Klassen ihre Angehörigen, wenn sie geisteskrank werden, statt in die Irrenanstalt zu bringen, in Privatpflege geben. Sie können so die Geisteskrankheit mehr geheim halten, als wenn sie die für die Aufnahme in eine Irrenanstalt vorgeschriebenen Formalitäten erfüllen müßten. Die Folgen müssen aber dann die Kranken büßen, die in der Privatpflege ohne jegliche sachgemäße Behandlung bleiben. Verf. gibt aus seiner Praxis interessante Berichte, wie es da zugeht. Die Behandlung erinnert oft lebhaft an mittelalterliche Zustände. Die Kranken verfallen oft genug der geistigen und körperlichen Verwahrlosung. Wo Verf. die Überführung in eine Irrenanstalt bewirken konnte, besserte sich mancher anscheinend hoffnungslose Fall auffallend rasch.¹⁾ *Ganter.*

Pugh, The alkalinity of the blood in mental diseases. The journal of mental science. Januar.

Verf. untersuchte den Alkaliegehalt des Blutes bei Gesunden und Geisteskranken. Bei Manischen ist er im Erregungsstadium vermindert, bei chronisch Manischen, bei Melancholischen und Dementen verhält er sich wie bei Normalen. Sehr wechselnd ist er bei Epileptischen: In der Zwischenzeit normal, unmittelbar vor und nach dem Anfall ist er stark vermindert, nach sechs bis zehn Stunden wieder normal. Je höher der Alkaliegehalt, um so unwahrscheinlicher ist das Kommen eines Anfalls. Bei Paralytikern ist der Alkaliegehalt vermindert und zwar mehr oder weniger, je nach Schwere und Dauer der Krankheit. *Ganter.*

Baskin, The treatment of phthisis in asylums by urea and its salts. The journal of mental science. Januar.

Verf. hat bei Phthisikern, die sich zum Teil bereits schon in einem vorgeschrittenen Stadium befanden, Harnstoff gegeben und dadurch eine merkliche Besserung erzielt: Die Lungenerscheinungen gingen zurück. Appetit und Gewicht nahmen zu, das Fieber ab. Nach Verf. regt der Harnstoff die Phagoeytose an, ist für die Bazillen in loco schädlich, wirkt umstimmend auf den ganzen Organismus und ist ein spezifisches Antitoxin für die Toxine der Tuberkelbazillen. *Ganter.*

¹⁾ *Wood* behandelt in der gleichen Nummer denselben Gegenstand unter *Lunacy and the law*.

Gentile, Influenza della elettricità sul polso cerebrale. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/02.

Klinische Untersuchungen über die Einwirkung des elektrischen Stromes auf die Blutgefäße des Kopfes. Das Hauptergebnis war: Die transversale Galvanisation des Kopfes, die longitudinale Faradisation, die Galvanisation nach der polaren Methode, differenter positiver Pol auf dem Sternum, und die Faradisation des Sympathikus, indifferenter Pol auf dem Sternum, bewirken stets einen vollen Puls und eine Erweiterung der Blutgefäße. Andre Methoden tun das nicht in dieser konstanten Weise. *Ganter.*

Frisco, Sulle proprietà emoagglutinanti del siero di sange in alcune forme di malattie mentali e loro valore semiologico. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/02.

Das Blutserum körperlich und geistig gesunder Individuen übt keine agglutinierende Wirkung auf die roten Blutkörperchen. Anders das Serum von Geisteskranken. Seine agglutinierende Kraft ist mehr oder weniger energisch, je nach der Schwere der Krankheit überhaupt oder der Krankheitsphase. Verf. glaubt diese Blutprobe als Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose und Prognose verwerten zu können. *Ganter.*

Ceni e Pini, La tossicità del sangue negli alienati. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28. H. 4.

Die Verf. spritzten Meerschweinchen Blutserum von normalen (zwei Fälle) und geisteskranken Individuen (81 Fälle) intraperitoneal ein. Die Wirkung des Serums beider Kategorien zeigte keinen Unterschied: Beide Male ein geringes Fallen der Temperatur. *Ganter.*

Ferrari, Come si può impiantare ed organizzare in Italia una colonia familiare per alienati. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29. H. 1—2.

Verf. macht an der Hand seiner Erfahrungen im Ausland Vorschläge über die Einführung der Familienpflege in Italien. Es mag erwähnt werden, daß schon Serafino Biffi, der 1852 Gheel besucht hatte, in seiner Abhandlung: „Della colonizzazione dei pazzi“, für die Vorzüge dieser Behandlungsmethode eingetreten ist. *Ganter.*

Tamburini, Afasia ed amnesie. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29. H. 1—2.

Verf. weist auf den Zusammenhang von Aphasie und Amnesie hin und gibt an der Hand des normalen Sprachvorganges eine Einteilung seiner Störungen. Der Sprachvorgang besteht aus:

- I. Der Wahrnehmung der Wortbilder.
- II. Dem Gedächtnis, d. h. dem Haften und Wiedererwecken der sensorischen und motorischen Wortvorstellungsbilder.
- III. Der assoziativen Verknüpfung dieser untereinander und mit den eigentlich psychischen Zentren.
- IV. Der Fortleitung.
 Dementsprechend lassen sich auch die Störungen einteilen:
 - zu I. gehört Worttaubheit und Wortblindheit,
 - zu II. gehört die amnestische Aphasie: *Aphasia sensoria et motoria*, die *Aphasia amnestica* nach Pitres,
 - zu III. gehört die Paraphasie, Paragraphie, Paralexie, Leitungsaphasie und die optische Aphasie,
 - zu IV. gehört die Dysartrie, Dyslalie und Dysgraphie. *Ganter.*

Peretti, Über den jetzigen Stand der Nervenheilstättenbestrebungen.
 Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr. No. 27.

Es wird eine Übersicht über die bisherigen Bestrebungen zur Gründung von Nervenheilstätten für Unbemittelte gegeben. Die wichtigsten Punkte in dieser Entwicklungsgeschichte sind: Die Bemühungen *Möbius'* die Notwendigkeit der Nervenheilstätten nachzuweisen 1896, die Gründung der ersten Nervenheilstätte „Haus Schönow“ zu Zehlendorf bei Berlin unter *Mar Lachr* 1899 und die Einrichtung des „Sanatorium Rasenmühle“ bei Göttingen durch *Cramer* 1903.

Laquer, Aphorismen über psychische Diät. Deutsche Zeitschr.
 f. Nervenheilkunde. Bd. 23.

Bis zur Pubertät sind Alkohol, Theater, Konzerte und Zeitungen durchaus zu meiden, dagegen ist viel Schlaf, mäßig betriebener Sport, jede Anregung zur Naturbeobachtung von Nutzen. Die Musik bringt große Gefahren mit sich, am meisten die von *Wagner*. Bei der Auswahl des Lesestoffes für Nervenranke kann man die drei wichtigsten psychischen Beschwerden: gesteigerte Selbstbeobachtung, Angst und Willensmangel, durch ablenkende, beruhigende und ermutigende Wirkungen des Lesestoffes bekämpfen. Sehr brauchbar sind Reisebeschreibungen von kräftiger Färbung, wie z. B. *Nansen*, *Nordenskjöld*, *Nachtigal*, *Emin Pascha*, *Humboldt*. Von Historikern wirken beruhigend *Sybel* und *Taine*, *Treitschke* dagegen aufrüttelnd. Ermutigend wirken Biographien. Humoristische Schriften passen nicht für jeden Kranken. Nicht nur die Art des Lesestoffes, sondern auch das Maß der Lektüre und ihr Wechsel sind zu beachten.

Möbius, Geschlecht und Krankheit. Heft 1 der Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. Halle, Marhold. 39 S. 1 M.

Die Sterblichkeit der Männer ist in jedem Lebensalter größer als die der Frauen. Nur in den ganz hohen Lebensjahren über 110 hinaus, die aus-

nahmsweise zuweilen erreicht werden, sind die Männer in der Mehrzahl. Krankheiten, die nur bei Weibern vorkommen, sind Chlorose und Osteomalacie, während es keine Krankheit gibt, die nur bei Männern vorkommt; dabei muß man selbstverständlich unterscheiden zwischen Krankheit und Lokalisation (Epididymitis, Schornsteinfegerkrebs). Zahlreiche Krankheiten betreffen das eine Geschlecht viel häufiger als das andere, ohne von den Lebensumständen abhängig zu sein. Vorwiegend männlich sind die Hämophilie und der primäre Muskelschwund, in geringerem Grade auch Diabetes melitus, Diabetes insipidus, angeborene Herzfehler und Heufieber. Dagegen sind vorwiegend weiblich Chorea Sydenhamii, umschriebener Gesichtsschwund, Torticollis spasticus, Kropf, Myxödem, Basedowische Krankheit, chronischer Gelenkrheumatismus, Hysterie und Migräne. Von Geisteskrankheiten ist nur das periodische und zirkuläre Irresein bei dem weiblichen Geschlechte ausgesprochen häufiger. Die alkoholische Neuritis kommt bei Weibern öfter vor als bei Männern, während sonst bei dem Alkoholismus das Umgekehrte der Fall ist. Die wenigen Krankheiten, deren überwiegende Häufigkeit beim weiblichen Geschlechte den Lebensumständen zugeschrieben werden kann, sind die Cholelithiasis, die akute gelbe Leberatrophie, die Wanderniere, das Herabhängen des Magens (Gastroptosis), das Trachom und die Tränensackeiterungen. Dagegen sind bei den Männern häufiger Febris recurrens, Fleckfieber, Abdominaltyphus, gelbes Fieber, Tetanus, Hundswut, Dysenterie, epidemische Tetanie, Schreibkrampf, Ischias, Neurasthenie und besonders die vom Alkohol und den venerischen Infektionen abhängigen Krankheiten. Diese letzteren Krankheiten sind von entscheidender Bedeutung. „Gäbe es keinen Alkohol und keine venerischen Krankheiten, so würden die Männer weniger krank sein und länger leben als die Weiber.“ Eine dem weiblichen Geschlechte eigene Langlebigkeit oder Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten braucht man nicht anzunehmen.

Möbius, Geschlecht und Entartung. Heft 2 der Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. Halle, Marhold. 45 Seiten. 1 M.

Alle Störungen des Geschlechtswesens, d. h. alle angeborenen oder auf Grund einer angeborenen Anlage entstandenen Abweichungen von den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen und Abweichungen des Geschlechtstriebes sind Zeichen der Entartung. Die Unordnung des geschlechtlichen Wesens ist eins der wichtigsten Zeichen der Entartung. Je gesunder der Mensch ist, um so entschiedener ist er Mann oder Weib. Unter dem Einflusse der Entartung geht die scharfe Ausprägung des Geschlechtscharakters verloren. Unter den abnormen Bildungen, die vorgekommen, zeigt der Hermaphroditismus die schwerste Störung. Fast immer sind die Keimdrüsen nur eines Geschlechtes vorhanden. Die meisten Hermaphroditen sind Männer mit verbildeten äußeren Geschlechtsteilen. Zugleich sind die sekundären Geschlechtsmerkmale mehr oder weniger verkehrt. Geringere Abweichungen

in der Richtung zum Zwittertum sind Hypospadie, Kryptorchismus, Gynäkomastie, Effeminatio und Infantilismus. Beim weiblichen Geschlechte ist die Unordnung des Geschlechtswesens seltener und wenig bekannt. Die mildeste Form ist die Unfähigkeit zum Stillen, die an Häufigkeit rasch zunimmt und nach v. Bunes Untersuchungen durch den Alkoholismus der Vorfahren verursacht wird; sie bildet eine ernste Gefahr für die künftigen Generationen. Die vorwiegend geistigen Abweichungen bestehen aus den neuerdings viel erörterten Abnormalitäten des Geschlechtstriebes (Masochismus, Sadismus, Perversität usw.) und der Abstumpfung des Geschlechtscharakters. Die Verminderung der Geschlechtsunterschiede ist in allen Zeiten rasch wachsender Entartung und auch in der unseren wahrzunehmen. Die Männer „fühlen viel und wollen wenig. Sie sind wortreich, lieben Vereine und Parlamente, hängen der allgemeinen Meinung an“. Es fehlt ihnen am Eigenen, an der männlichen Initiative. Das männliche Weib strebt nach Freiheit und entdeckt, daß es unwürdig ist, nichts weiter zu sein als Geliebte und Mutter. Der Erfolg besteht in Lieferung minderwertiger Männerarbeit und in Verminderung der weiblichen Leistungen. Die Ursachen der Entartung sind in der Hauptsache die Vererbung schon vorhandener Abweichungen und der Alkoholismus. Das einzige Mittel, das die fortschreitende Entartung hemmen kann, ist die Zerstörung der Trinksitten.

Möbius, Über die Wirkungen der Kastration. Heft 3 u. 4 der Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. Halle. Marhold. 99 S. 2 M.

Es werden die Veränderungen der einzelnen Organe besprochen, die auftreten nach der Kastration 1. beim Manne, 2. beim Weibe, 3. bei männlichen und 4. bei weiblichen Tieren, und zwar jedesmal der Einfluß der in der Jugend vorgenommenen Kastration und der spät ausgeführten. Vieles ist noch nicht vollkommen aufgeklärt. Insbesondere verdienen die von Gall früher beschriebenen Veränderungen des Kleinhirns und des Schädels nach Kastration eine Nachprüfung. Im allgemeinen ist das Ergebnis der Untersuchung, daß die Kastration im jugendlichen Alter die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale hemmt, daß aber die späte Kastration nur geringe Wirkungen hat.

Möbius, Geschlecht und Kopfgröße. Heft 5 der Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. Halle, C. Marhold. 47 S. Mit fünf Figuren und einer Tafel. 1 M.

Der Umfang des annähernd normal geformten Kopfes wächst im allgemeinen mit den geistigen Kräften. Es werden die Kopfmäße von 360 Männern mitgeteilt nach den Mäßen von Hutmachern. Zu den größten Köpfen gehören in dieser Reihe der Schachspieler *Paulsen* und der Dichter *Bodenstedt*. Unter den kleinsten Köpfen sind die Prinzen und Grafen auffallend zahlreich. Die

Körpergröße ist von geringer Bedeutung für die Größe des Kopfes. Die weiblichen Köpfe sind erheblich kleiner als die männlichen; auch diese Tatsache wird auf die geistigen Unterschiede zu beziehen sein.

Möbius, Goethe und die Geschlechter. Heft 6 der Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. Halle, C. Marhold. 30 S. 1 M.

Überblickt man Goethes Leben, so erstaunt man über die Zahl seiner Bekannten aus allen Gesellschaftskreisen; besonders groß ist die Fülle der weiblichen Gestalten aller Art. So viele Liebesverhältnisse Goethe auch gehabt hat, so ist bei ihm der männliche Verkehr doch viel größer als der weibliche. Wie *Möbius* früher gezeigt hat, geriet Goethe ungefähr alle sieben Jahre in einen Zustand der Erregung, der eineinhalb bis zwei Jahre dauerte. Während dieser Perioden knüpfte er Liebesverhältnisse an und schuf er die meisten und besten seiner dichterischen Werke. Er selbst glaubte dann wohl die Steigerung seiner Produktivität der Liebe zu verdanken. So erklärt sich der Satz: Das Ewigweibliche zieht uns hinan. Sammelt man Goethes Aussprüche über das weibliche Geschlecht aus seinen Briefen und Gesprächen, so haben die bedenklichen Urteile das Übergewicht. Auf jeden Fall war er nicht ein blinder Frauenverehrer. Auch hier bestätigt sich, daß Goethe ein scharfer und von jeder Voreingenommenheit freier Beobachter war. Er ließ sein Urteil nicht durch seine Neigung trüben.

Möbius, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Fünfte Auflage. Carl Marhold. Halle a. S. 1903.

Auf die neue, wieder vergrößerte und veränderte Auflage des Werkchens sei hier nur kurz aufmerksam gemacht.

Möbius, P. J., J. J. Rousseau, Ausgewählte Werke von P. J. Möbius. Bd. I. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1903.

Die vorliegende zweite Auflage seines Werkes über J. J. Rousseau bildet den ersten Band der Ausgewählten Werke des Verf., zunächst seiner „Pathographien“. In der den letzteren vorangeschickten Einleitung führt *Möbius* aus, wie der Biograph gerade des Seelenarztes als Sachverständigen bedarf, denn an jedem hervorragenden, ungewöhnlichen Menschen hat das Pathologische Teil. So will Verf. der Psychiatrie ein neues Feld erschließen, er will zeigen, wie der Seelenarzt sein Wissen für die Erkenntnis großer Menschen verwerten kann. Daß dies *Möbius* in dem vorliegenden Werke gelungen ist, wird wohl ein jeder, der es studiert, zugeben.

In dem Lebensbild, das Verf. von Rousseau entwirft, zeigt er, wie die krankhafte Anlage schon in der Jugendzeit in charakteristischen Zügen her-

vortritt. In einem wechsellvollen, gleichsam vagabundierenden Leben, in dem er, unter meist sehr ungünstigen Verhältnissen heranreifend, die mannigfaltigsten Erfahrungen zu sammeln imstande ist, legt Rousseau die Grundlage für sein späteres Wirken und Schaffen. Um Natur und Freiheit zu predigen, muß er diese selbst erlebt haben. Abgesehen von den krankhaften Zügen zeigt sich Rousseau von vornherein als ein guter, gemütsweicher, lebenswürdiger Mensch: als solcher tritt er, alle Schlacken von sich abstreifend, im Laufe seines Lebens immer mehr hervor. Unter mannigfachen Anfeindungen, denen er nach Veröffentlichung seiner bedeutenden Schriften ausgesetzt ist, entwickelt sich in relativ spätem Alter allmählich eine Paranoia, die in der Form des kombinatorischen Verfolgungswahns ein ganz typisches Bild zeigt. Innerhalb vier Jahre ist dieser Wahn zur vollen Ausbildung und Systematisierung gelangt, ohne daß es, wie auch später nicht, zu Größenideen kommt. Seiner Individualität entsprechend bleibt Rousseau auch auf der Höhe seiner Krankheit immer maßvoll, duldend, jeder Ausschreitung in Wort und Tat abhold. Mit der Resignation, zu welcher er in dem vergeblichen Kampfe gegen die ihn umgebende Feindschaft gelangt, macht sich eine zunehmende psychische Schwäche geltend, bis dann ein plötzlicher Tod dem so traurig gewordenen Leben ein Ziel setzt.

Das fesselnd geschriebene Werk ist wohl geeignet, das Leben und die Schriften des großen Franzosen dem Verständnis näher zu bringen, das Interesse für diese große Persönlichkeit von neuem zu wecken. Es ist sehr zu wünschen, daß dieser zweiten Auflage des Werkes ein besseres Schicksal in der Leserwelt beschieden ist, als es der ersten Ausgabe nach der in der Einleitung gegebenen, launigen Schilderung des Verf. zuteil geworden ist.

Scheven.

Möbius, P. J., Goethe, Ausgewählte Werke von Möbius Bd. II und III. Leipzig: Verlag v. Joh. Ambrosius Barth, 1903.

Die den II. und III. Band seiner Ausgewählten Werke füllende Schrift des Verf.s stellt eine wesentliche Erweiterung seiner früheren Arbeit „Über das Pathologische bei Goethe“ dar. Die letztere bildet, im wesentlichen unverändert, den ersten Teil des vorliegenden Werkes. In dem Kapitel „das Pathologische in Goethe“ hat die Periodizität Goethes und die Familie eine ausführlichere Besprechung erfahren. Besonders interessieren die Ausführungen des Verf.s über die Periodizität des Dichters. Er weist nach, daß in dem Leben Goethes von der Jünglingszeit (1767) bis ins Greisenalter (1830) periodisch, d. h. in Zwischenräumen von 7—8 Jahren Zustände von Erregung von in der Regel zweijähriger Dauer aufgetreten sind, in denen besonders Wohlgefühl, große Beweglichkeit, gesteigerte Lust zur Produktion, Verliebtheit und „Herzenspoesie“, gesteigerte Reizbarkeit sich geltend machten, denen dann meist ein Zustand der Depression folgt. Außer diesen „großen“ Erregungen kommen Stimmungsschwankungen verschiedener Art vor, wie überhaupt die Stimmung bei Goethe fortwährendem Wechsel unterworfen ist.

In dem II. Teil des Werkes, der neu entstanden ist, entwirft Verf. zunächst ein „Porträt“ von Goethe. Bezüglich des Körperlichen werden eine Reihe von allerdings sich oft widersprechenden Angaben von Zeitgenossen über Goethes Erscheinung aufgeführt und besonders die Masken von Gall und Shadow besprochen. Die Darstellung des geistigen Wesens geschieht nach dem Schema von Gall, indem die einzelnen Triebe und Sinne, wie sie bei Goethe vorhanden waren, besprochen werden. Verf. meint, daß das Gallsche Schema sich hier bewährt hat. Der folgende Abschnitt enthält „Ausführungen und Belege“ aus dem Tagebuche, den Briefen und den Gesprächen Goethes chronologisch zusammengestellt. Der letzte Abschnitt „Goethe und Gall“ ist den Beziehungen dieser beiden Männer zueinander gewidmet. Das vorliegende Werk bietet auch dem Fachmanne des Anregenden und Interessanten eine Fülle. Es wird auch in der Goethe-Literatur einen hervorragenden Platz beanspruchen können.

Scheven.

Taschenkalender für Nerven- und Irrenärzte. 1904. Preis 3 M.
Verlag von Vogel und Kreienbrink, Berlin.

Ein überaus praktisches und bequemes Taschenbuch für sehr billigen Preis liegt uns in dem Taschenkalender vor. Durch seine Handlichkeit verdient er die weiteste Verbreitung.

5. Pathologische Anatomie.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Anton, G., Gehirnvermessung mittels des Kompensations-Polar-Planimeters. Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 46.

Der sinnreiche Apparat, dessen Konstruktion eingehend beschrieben und illustriert ist, berechnet den Flächeninhalt von Gehirnschnitten, der durch Umfahrung der Grenzen verzeichnet ist. Das Resultat der Umfahrung der Markzone abgezogen von dem durch Umfahrung des ganzen Schnittes gewonnenen ergibt den Flächeninhalt der Rinde, wobei Hirnstammteile besonders umfahren und berechnet werden müssen. Nach einfachen stereometrischen Formeln läßt sich an Schnitten bestimmter Dicke auch der Kubikinhalt der Mark- und Rindenmasse annähernd genau berechnen. Mit dem Apparat ist bei einem dreijährigen Kinde das Verhältnis des Markes zur Rinde im Stirnhirn ermittelt = 1:2, im Occipitalhirn = 1:3; bei Erwachsenen Stirnhirn = 4:5, Occipitalhirn = 1:2; bei einem Paralytiker Stirnhirn = 5:4, Occipitalhirn = 1:2.

Senn, N., Subcutaneous drainage in the surgical treatment of hydrocephalus internus. The alienist & neurologist. August.

Die Punktion der Ventrikel ist nicht ungefährlich und hat nur vorübergehenden Erfolg, intraventrikuläre Medikation wie Jodinjektion steigert die Gefahr ohne besseren Dauererfolg, S. hat ihn nur in einem Falle beobachten können. Die längere Drainage des Ventrikels bringt die Gefahren der zu raschen und zu reichlichen Entziehung von Cerebrospinalflüssigkeit und der Injektion, beides glaubt S. zu verhüten durch die Einstellung des Drains in eine bei der Operation gebildete Hauttasche in der Schläfengegend. Bei dem nach dieser Methode subkutaner Drainage operierten zehnmonatigen Kinde mit schnell zunehmendem Hydrocephalus ging der Schädelumfang von 26 Zoll in sechs Tagen auf 24 Zoll zurück. Bei Entfernung des Drains am achten Tage floß eine beträchtliche Menge klarer Cerebralflüssigkeit aus. Das Kind starb am folgenden Tage plötzlich. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Frost, Traumatic encephalitis. The American journal of insanity. Bd. 18 No. 3.

Ein Lokomotivführer erlitt eine Kopfverletzung durch Stoß gegen eine Eisenstange, als er unter der Maschine arbeitete, war einige Minuten bewußtlos und hatte später hartnäckige Kopfschmerzen, versah aber seinen Dienst. 28 Tage nach dem Unfall ein epileptischer Anfall, nach weiteren zwei Monaten ein zweiter, später häufiger, wurde zerstreut und stumpf, dann reizbar, hatte Gesichts- und Gehörstäuschungen und starb ein Jahr nach der Verletzung an Apoplexie. Es fanden sich ältere symmetrische Erweichungsherde an den Spitzen der Schläfenlappen, ein frischer Herd in der rechten äußeren Kapsel und Atherose der Gefäße, die in der Nachbarschaft der Herde besonders vorgeschritten war. In dem Befunde kommt die Wirkung des Contrecoups bei dem gegen den Scheitel gerichteten Stoß zum Ausdruck. Die Veränderungen an den Zellen und Gefäßen sind durch farbige Zeichnungen illustriert.

White, W. C., A case of idiopathic internal unilateral hydrocephalus with recurrent hemiplegic attacks. The American journal of insanity. Bd. 18 No. 3.

74jährige Frau hatte wiederholte Anfälle rechtsseitiger Lähmung, denen ganz oder teilweise aufgehobenes Bewußtsein, allgemeine Muskelschlaffheit, einmal Aphasie vorausging, und die von großer Muskelempfindlichkeit und totaler Anaesthesie begleitet waren. Bei einem Anfall wird rechtsseitige Anaesthesie beschrieben, sonst fehlt die Angabe über ihre Ausdehnung. Die Erscheinungen gingen nach einigen Tagen zurück. Die rechtsseitige Muskulatur war etwas schwächer. Die Sektion ergab linksseitigen Hydrocephalus int. und als dessen vermutliche Ursache Entartung des Plexus chorioidei, der in eine weißliche Masse von der doppelten Größe des rechten verwandelt war

und massenhaft Hyaloidkörper enthielt. Die Hypophysis enthielt in der linken Hälfte zahlreiche Nester von Epithelzellen, in deren Zentrum kolloide Masse angehäuft war. Hydrocephalus und hemiplastische Anfälle erklären sich durch dauernde bzw. gesteigerte Stauung, das Zurückgehen der Erscheinungen mechanisch durch horizontale Lage im Bett.

Bassoe, P., Gigantism and leontiasis ossea with report of the case of the giant Wilkins. The journ. of nerv. & ment. disease. September-Oktober.

Klinischer und anatomischer Befund bei dem im Juli 1902 gestorbenen Riesen Lewis Wilkins. W. war 245 cm groß, proportioniert gebaut, war in jedem Lebensalter ungewöhnlich groß und hatte normalwüchsige Eltern und Geschwister. Im vierten Jahre begann Riesenwuchs, im zwölften bildete sich mäßige Skoliose aus, seit dem achten bestand eine knöcherne Vorwölbung über dem linken Auge, die langsam wuchs, angeblich von *Virchow* für gutartig erklärt wurde, einige Monate vor dem Tode aber rasch zunahm. 1896 war die knöcherne Hypertrophie der linken Gesichtshälfte bereits so weit vorgeschritten, daß sie in der Beschreibung von *Dana* als enorme Entwicklung einer Gesichtshälfte (progressive Hypertrophie im Facialisgebiet) bezeichnet wurde. Er starb, 28 Jahre alt, unter Erscheinungen des Hirndruckes, nachdem einige Monate Erblindung, Kopfschmerz, Erbrechen, linksseitige Taubheit, Benommenheit bestanden hatten. Aus dem Sektionsergebnis ist hervorzuheben: Allgemeiner Riesenwuchs, Vergrößerung der Schilddrüse (112 g), Kalkablagerungen auf der linken Pleura und der spinalen Arachnoidea, diffuse Hyperostose des Hirn-, linken Parietal- und Schläfenbeins, und des linken Oberkiefers und Sarkom in der Gegend der Hypophysis. Letztere lag eingebettet in die Masse des in Orbita und Pharynx gewucherten Tumors, aber deutlich von ihr geschieden. Sie war vergrößert (8:20 mm) und enthielt bei sonst normalem Bau in einem Teil des vorderen Lappens mit kolloider Masse ausgefüllte Räume, zahlreiche Hämorrhagien und einige Nester runder dichtgelagerter einkerniger Zellen. Die Thyreoidea hatte den Bau der kolloiden Struma und einen Jodgehalt pro Gramm Gewicht, der das Sechsfache des Normalen betrug. *B.* bespricht den Fall an der Hand der sehr sorgfältig gesammelten Literatur über Riesenwuchs, Akromegalie und Leontiasis. Erkrankung der Hypophysis findet sich in den meisten Fällen von Akromegalie und in vielen von Riesenwuchs, aber es ist noch nicht erwiesen, ob sie Ursache oder Symptom ist. Im Falle Wilkins wurde von den meisten Untersuchern Akromegalie bestritten, hauptsächlich, weil sie an den Weichteilen sicherlich nicht nachzuweisen war.

Putnam, Three cases of tumor involving the spinal cord, treated by operation. The journ. of nerv. & ment. disease. November.

In dem besonderes Interesse bietenden ersten Falle hatte sich ein Sarkom von Eichelgröße an der Stelle einer Wirbelverletzung vor drei Jahren

H*

entwickelt, die zunächst nur Bewegungsbehinderung und periodisch Schmerz verursacht hatte, mit dem Wachsen des Tumors ausgedehnte Lähmungen, namentlich der Atemmuskeln, Dispnoe und Schmerzen zur Folge hatte. Sitz des Tumors war der zweite und dritte Halswirbel. Die Operation, die in dieser Höhe noch niemals ausgeführt ist, bewirkte stetige und über Erwarten weit gehende Besserung. Im zweiten Falle wurde wegen der heftigen Schmerzen ein metastatisches Karzinom in der Höhe des ersten Lendenwirbels so weit wie möglich entfernt. Die Schmerzen ließen wesentlich nach. Die Kranke starb einige Monate später in Konvulsionen, wahrscheinlich infolge von Hirntumor. Im dritten Falle wurde bei einem Potator ein Fibrosarkom in der Höhe der vier letzten Cervikalwirbel und des ersten Dorsalwirbels entfernt, das extradural das Rückenmark röhrenförmig drei bis vier Zoll lang umgab, wobei die Dura an einer Stelle mit reichlicher Entleerung von Cerebrospinalflüssigkeit geöffnet wurde. Der Pat. starb.

Groher, Herdsymptome der Hydrocephalus acutus internus der Erwachsenen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 11 Heft 1.

G. berichtet den Fall einer 24jährigen Frau, in welchem der zum Tode führende Hydroceph. int. mit Granulation des Ependyms unter dem Bilde eines Hirntumors verlief: Beginn zehn Wochen vor dem Tode, Stauungspapille, zunehmende Benommenheit, Erbrechen, Kopfschmerz im Hinterkopf, Anfälle von Bewußtlosigkeit mit schlaffer Lähmung aller Glieder. Von Herdsymptomen bestanden Spasmen im rechten Facialis, die später verschwanden, eine nicht konstante und nicht sichere Hypaesthesia im rechten Supraorbitalgebiet. Parese des linken unteren Facialis und des linken Hypoglossus und Steigerung des rechten Patellarreflexes.

Gordon, Remarks on primary neurotic atrophy (Charcot-Marie-Hoffmann Type) with report of a case in which there was excessive indulgence in tea and coffee. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

G. beschreibt eine der Mischformen von progressiver Muskelatrophie. Der Fall entsprach im ganzen der Charcot-Marieschen neuritischen Form, durch Beteiligung der Handmuskulatur der Aran-Duchenneschen, außerdem bestand Pseudohypertrophie der Wadenmuskulatur, Nystagmus und beginnende Atrophie des Opticus. Erbliche Belastung war nicht vorhanden. Die Krankheit begann im 37. Jahre und betraf einen Ladenverkäufer.

Pettit, L., The pathology of insanity. The American journal of insanity, Bd. 18 No. 3.

Aus den im ganzen unbedeutenden Daten und Fällen, die P. aus dem Manhattan-Hospital Newyork berichtet, ist von Interesse ein Fall von Dem.

paral., beginnend im 17. Jahr und zurückzuführen auf Syphilisinfektion durch Kuß im 14. Jahr und der Befund bei einem früher weltberühmten Meister im Schachspiel. Er hatte Zwergwuchs (4 Fuß 2 Zoll) infolge von fast vollständiger Obliteration der art. iliac. comm., das Gehirn wog 1462 g und zeichnete sich durch ungemein zahlreiche Orbital- und Frontalwindungen aus.

Courtney, Hemorrhagic internal pachymeningitis in the insane.
The alienist & neurologist. Febr.

Die Behauptung, daß Pachym. i. h. „zuerst in Blutung und partieller Resorption und Organisation des Blutes“ besteht, ist weder neu noch bewiesen, und um die Sicherheit, „daß es vollkommen möglich ist, sie zu diagnostizieren“, ist C. zu beneiden.

Eskridge, J. T., & Rogers, A., Report of two cases of bullet injuries to the left lateral half of the upper portion of the spinal cord. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

31jähriger Mann erhielt einen Schuß durch den Hals, fiel zu Boden, ohne das Bewußtsein zu verlieren, hatte komplette linksseitige Lähmung des Armes und Beines, linksseitig erloschene Reflexe, herabgesetzte Tastempfindung über der linken Schulter bis zum Ellbogen, sowie über dem rechten Handrücken, fehlende Schmerzempfindung rechts vom ersten Interkostalraum abwärts, über der Rückseite des rechten Armes und der Vorderseite des rechten Vorderarmes, ferner im linken Arm bis zum Ellbogen. Im Bereiche aufgehobener Schmerzempfindung wurde kalt und warm nur als warm empfunden. Die übrigen Gefühlsqualitäten fehlten links und waren rechts erhalten. Tod am siebenten Tage nach der Operation, die nachwies, daß die Kugel durch den fünften Halswirbel in den Spinalkanal eingedrungen war, ohne das Rückenmark direkt zu verletzen, einige Knochensplitter hatten indessen, wie die Sektion ergab, die linke Hälfte des Rückenmarkes in seinen mittleren Partien zerstört.

Im zweiten Falle war die Kugel unter dem proc. spin. des siebenten Halswirbels eingedrungen und lag mit kleinen Knochensplittern außerhalb der Häute im Spinalkanal, mußte aber die linke Hälfte des Rückenmarkes lateral stark gedrückt haben. Der Verletzte, ein 19jähriger Arbeiter, war nach dem Unfall nicht bewußtlos, hatte Lähmung des linken Beines, Parese des linken Armes, links gesteigerte tiefe und fehlende Hautreflexe. Die sensiblen Störungen waren fast die gleichen wie im ersten Falle, nur begannen sie im dritten Interkostalraum. Die Rekonvaleszenz war langsam, bei der letzten Untersuchung, etwa fünf Monate nach Operation, war der Verletzte wiederhergestellt bis auf mangelhaften Muskelsinn im linken Bein. Eine bemerkenswerte Erscheinung in beiden Fällen war Erweiterung und geringe Reaktion der rechten Pupille. Im zweiten Falle trat dies sechs Tage nach der Verletzung auf und ging nach siebentägigem Bestehen zurück.

Dercum, A case of colloid disease of the blood vessels of the spinal cord. The journ. of nerv. & ment. disease. Febr.

Der komplizierte klinische Befund bei der 43jährigen Frau ließ an Syringomyelie oder Tumor des Halsmarkes denken. Die Erscheinungen stellten sich nach Influenza mit hartnäckiger, fast ein Jahr anhaltender Diarrhoe vor vier Jahren ein und bestanden in zunehmender Schwäche der Oberextremitäten, spastischer Steifheit der Beine, Kontrakturen, Steigerung der Reflexe und sensiblen Störungen namentlich des Tast-, Schmerz- und Thermalsinnes. Bezüglich der Verteilung dieser Symptome muß auf das Original verwiesen werden. Für die anatomische Untersuchung stand nur das Rückenmark von der Cervikalanschwellung abwärts zur Verfügung. Im oberen Teil der Cervikalanschwellung fand sich fleckweise glasige homogene Infiltration im Zentrum, in den Hinter- und Seitensträngen, besonders des linken, die teils zwischen das Gewebe eingedrängt erschien, teils es ersetzt hatte, und umgab nicht immer die Gefäße, deren Wände vielfach verdickt und hyaloid entartet waren. Die Zellen der Vorderhörner waren vielfach atrophisch. An den Wurzeln fand sich keine Veränderung.

Hirsch, W., Arteriosclerosis of the spinal cord. The journ. of nerv. & ment. disease. Febr.

Nach *Hirsch* kann die Arteriosklerose der Rückenmarksgefäße wenigstens in einem Stadium der allgemeinen Atherose ein typisches Bild spinaler Erkrankung liefern. Auf Grund der Gefäßverteilung im Rückenmark erkrankt die vordere Hälfte des Markes mehr als die hinteren und die unteren Partien mehr als die oberen, es kommt deshalb mehr zu motorischen und trophischen Störungen als zu sensorischen, betrifft aber die Atherose mehr die unteren und hinteren Partien des Rückenmarkes, so kann sie das Bild der *Tabes* ergeben, vielleicht gehören die Fälle von *Tabes* ohne Syphilis hierher. Verf. erläutert dies durch einige Krankheitsgeschichten, deren eine mit Sektionsbefund.

Schwab, The microscopical findings in four gasserian ganglia removed for trigeminal neuralgia. The journ. of nerv. & ment. disease. Febr.

Verf. schickt voraus, daß die Bedingung zutreffe, daß keine Operation, die durch Zerrung und Zerstücklung des Ganglion Gass. sekundäre Veränderungen in ihm schaffen, vorausgegangen seien. Er fand an den sechs untersuchten Ganglien bestimmte Veränderungen, die er als Ursache der Trigeminusneuralgie in diesen Fällen anspricht. Die Zellveränderungen fanden sich meist in den peripheren Teilen der Ganglien und bestanden in ungewöhnlicher Färbbarkeit, Formunterschieden, Chromatolyse wechselnden Grades und Wanderung des Kernes. In drei Ganglien wiesen zahlreiche Zellen perinukleäre Pigmentierung auf, in einem Sklerose des periganglionären Ge-

webes mit Wucherung bindegewebiger Masse um und zwischen den Zellen. Neuritische Befunde an den peripheren Ästen fanden sich nur da, wo peripherische Operationen vorgenommen worden waren. S. sieht in diesem Befunde das Produkt übermäßiger Zelltätigkeit ähnlich den Veränderungen, die *Hodge* bei übermüdeten Zellen beschrieben hat. Ob diese Toxine erzeugt, die den Schmerz verursachen, oder ob sie ihrerseits durch im Blute kreisende Toxine entsteht, muß dahingestellt bleiben.

Mills, Ch., & Spiller, W., Paralysis of all four limbs and of one side of the face with dissociation of sensation, resulting from meningo-encephalitis. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Klinischer und anatomischer Befund eines Falles von Meningomyelitis mit ungewöhnlichem Verlauf und Ausbreitung. Bei dem 45jährigen Neger, der vor zwei Jahren Syphilis erworben hatte, stellten sich zwei Wochen nach Fall auf die Schulter (welche?) Schmerzen im linken Arm ein, später Schmerzen zwischen den Schultern, etwa drei Monate nach dem Unfall plötzliche Lähmung des linken Armes, der im Verlaufe von ca. sechs Stunden Lähmung der rechten Gesichtshälfte, des linken Beines, schließlich aller Glieder folgte, zugleich mit schweren Kopfschmerzen und dumpfen Schmerzen in den gelähmten Gliedern. Das Kniephänomen fehlte anfangs, war später beiderseits schwach vorhanden. Aus dem Verhalten der übrigen Reflexe ist hervorzuheben: Supraorbitalreflex r —, l +, Konjunktivalreflex r —, l +, Bicepsreflex beiderseits fast = 0, Tricepsreflex beiderseits +. Die Tastempfindung war erhalten, Temperatursinn und Schmerz fehlte über der rechten Brust- und Bauchseite und war vermindert über der linken. Beides fehlte auch an den distalen Teilen der rechten Oberextremität, normales Verhalten begann drei Zoll oberhalb des Ellbogens. Empfindung für Kälte, Wärme und Schmerz fehlte ganz im linken Bein und fast ganz im rechten. Tod am zwölften Tage nach Beginn der Lähmung. Es fand sich Myelitis transversa besonders vom vierten bis siebenten Cervikalsegment, Rundzelleninfiltration in der ganzen Pia spinalis, auch in der Pia des Chiasma, Degeneration des rechten Facialiskernes, geringe des linken. Die Ähnlichkeit des Falles mit Hämatomyelie veranlaßt ausführliche Besprechung der Differentialdiagnose.

Sachs, B., On amaurotic family idiocy. A disease chiefly of the gray matter of the central nervous system. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Seit das klinische Bild der familiären amaurotischen Idiotie feststeht, hat sich das Interesse mehr dem anatomischen Studium der Krankheit zugewendet. *Sachs* hat in dem mitgeteilten Falle, der ein 2½jähriges Kind jüdischer Eltern betraf, folgende Veränderungen gefunden. Die Pyramidenbahnen waren degeneriert, die Degeneration ließ sich bis in die innere

Kapsel verfolgen. Wesentlicher als dies war aber der Befund in den Zellen der grauen Substanz der Rinde, der Nervenkerne und des Rückenmarkes bis zu den Sakralsegmenten. Der Zellkörper erwies sich völlig verändert, das Zellprotoplasma in eine mehr oder weniger homogene Masse verwandelt, der Kern nach der Peripherie gelagert und kaum vom übrigen Zellinhalt zu unterscheiden, zuweilen ganz fehlend. Stellenweise verriet nur noch der äußere Kontour, daß es sich um Ganglienzellen handelte. Die Stirnrinde war abnorm hart und knirschte beim Schneiden. S. sieht in diesen Befund einen weiteren Beweis für die Annahme einer kongenitalen Entwicklungshemmung. Degeneration setze ein, wo die normale Entwicklung aufhört, das Leben aber fort-dauert. Die grauen Zellen tun bis zum Alter von zwei und mehr Monaten ihren Dienst, dann endet aber ihre Fähigkeit zur Weiterentwicklung. Der Vorgang entspricht dem von Gowers als „Abiotrophie“ bezeichneten. Für die Theorie, daß es eine erworbene toxische Erkrankung sei, fehlte es an Begründung. Die Befunde bei Little'scher Krankheit und verwandten Formen stehen dem bei familiärer Amaurose nahe, unerklärlich bleibt immer die besondere Disposition einer Rasse.

Dercum, Peculiar swelling of the back of the hand. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Myxödemartige Schwellung des rechten Handrückens mit Schmerzhaftigkeit und Atrophie der Nägel, zurückgeblieben von einer unaufgeklärten Erkrankung vor zwölf Jahren.

Billings, F., The changes in the spinal cord and medulla in pernicious anemia. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

B. schließt aus einem beobachteten Material von 41 Fällen, daß zwischen diffuser Degeneration im Rückenmark und perniziöser Anämie bestimmte Beziehungen herrschen. Wahrscheinlich beruht beides auf demselben Toxin: das Vorwalten gastro-intestinaler Störungen bei p. A. läßt den intestinalen Ursprung vermuten. Die diffusen Rückenmarksdegenerationen bei pern. A. unterscheiden sich nicht wesentlich von denen ohne p. A. Vielleicht wirkt das in der Blutbahn kreisende Gift einmal auf die Blutbeschaffenheit, das andere Mal auf das Rückenmark, ein drittes Mal auf beides.

Taylor, W. J., & Spitter, W. B., A case of multiple fibromate confined to the internal plantar nerve. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Arbeiterin in einer Spinnerei hatte sich mit 16 Jahren Distorsion des linken Fußes zugezogen, drei Jahre später traten zunehmende Schmerzen in der Innenseite und Sohle des linken Fußes auf, operativ wurden sieben Jahre

später dreizehn bohnen- bis haselnußgroße Fibrome, im Verlaufe des n. plant. int. gelegen, entfernt, anfänglich mit gutem Erfolge, dann stellten sich die Schmerzen wieder ein. Nach elf Jahren wurden wiederum fünf kleine und ein haselnußgroßes Fibrom ausgeschält. Dies war durch bindegewebige Fäden an den Nerven geheftet, die aber auch Nervenfasern enthielten. Auch die Tumoren enthielten einzelne Nervenfasern. Der Erfolg war diesmal vollkommen und dauernd, die Befürchtung, daß die Entfernung solcher Fibrome zur Bildung von Sarkomen führt, ist nicht eingetroffen.

Onuf, A peculiar affection of the terminal phalanges of the hands.
The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Seit elf Jahren verdickte sich zuerst die Endphalanx des dritten Fingers der einen, dann der anderen Hand, schließlich der übrigen Finger und der Zehen. Radiographisch erwiesen sich die Endphalangen fast verschwunden. Syringomyelie bestand nicht.

Bunting, Three cases of progressive muscular dystrophy, occurring in the male members of a single family and commencing of the same age in each. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Von den vier Knaben der nicht belasteten Familie starb der älteste, vier Jahre alt, durch Verunglücken, die drei anderen erkrankten sämtlich im fünften Lebensjahre an progr. Muskeldystrophie mit gleichem Verlauf. Beginn im Schultergürtel und der Quadricepsgruppe der Oberschenkel. Die Fälle sind kurz skizziert.

Dunton, W. R., Report of a case of dementia praecox with autopsy. American journal of insanity. No. 3.

Der ausführlich beschriebene Befund liefert im ganzen geringes Ergebnis: mäßige Zellveränderungen ohne Bevorzugung bestimmter Gehirngebiete, wenn auch stärker ausgeprägt im Stirnhirn, die Zellen zeigten mäßige zentrale Chromolyse, schwache gelbliche Pigmentierung, geringe Atrophie, Schwellung und Distorsion des Kernes und Faltung seiner Membran. Vermehrung der Neurogliakerne. Das Resultat wird beeinträchtigt dadurch, daß der Kranke an Tuberkulose und im Fieber starb.

Spitzka, E. A., A study of the brain-weight of men notable in the professions, arts and sciences. Philadelphia medical journal. May.

Das Durchschnittshirngewicht von 96 hervorragenden Männern, die in Tab. I namentlich aufgeführt werden, übertrifft das Hirngewicht des Durchschnittseuropäers um 75–125 g, ohne Berücksichtigung des vorgeschrittenen

Alters, das bei 92 in Mittel 63 Jahre betrug. Die Abnahme des Hirngewichts durch Alter verschiebt sich gegen die von *Broka-Bischoff-Boyd* angegebene Kurve um fast ein Jahrzehnt. Das höchste Durchschnittsgewicht hatten Nordamerikaner (1618 g), dann Engländer (1473 g), Deutsche und Österreicher folgen mit 1443 g, Franzosen mit 1440 g. Ein Versuch der Gruppierung nach dem Beruf läßt wenigstens erkennen, daß sich das höchste Gewicht bei den Mathematikern und Astronomen zu finden scheint, nächst dem bei Politikern, Strategen und Staatsmännern. Für die Verwendbarkeit dieser Zahlen ist die Fehlerquelle, daß das Gewicht der Häute und der Flüssigkeiten bald mitgezählt, bald abgezogen ist, nicht von Belang, mehr aber die Aufnahme von zweifelhaften Hirngewichten (Turgenieff 2012 g) und von Paralytergehirnen.

Pfister, Über das Gewicht des Gehirnes und einzelner Hirnteile beim Säugling und älteren Kinde. Neurologisches Zentralblatt No. 12.

Die Ergebnisse aus den Wägungen von 302 Gehirnen (161 Knaben, 141 Mädchen) zeigen folgenden Gang des Gehirnwachstums bei den Geschlechtern: Das mittlere Gesamthirngewicht ist auf allen Altersstufen bei den Knaben größer, das erste Drittel der Zunahme wird bereits Ende des achten Monats erreicht, das zweite in der ersten Hälfte des dritten Lebensjahres, das Mittelgewicht des Erwachsenen kann auch normalerweise in einzelnen Fällen früh — vom fünften Lebensjahre an — erreicht, selbst übertroffen werden. Dabei haben individuelle Schwankungen weiten Spielraum. Das absolute Gewicht des Kleinhirns ist bei Knaben größer und nimmt rascher zu, es ist bei Neugeborenen ca. 20 g, das erste Drittel der Zunahme, die etwa 120 bzw. 130 g beträgt, wird bereits im sechsten Monat erreicht, das zweite vor Ende des zweiten Lebensjahres, das dritte gegen Ende des zweiten Jahrzehnts. Das erste Drittel der Zunahme des Großhirngewichts wird im neunten bis zehnten Monat erreicht, das zweite um die Mitte des dritten Jahres. Ein konstanter Größenunterschied der Großhirnhemisphären zugunsten einer Seite fand sich nicht, obwohl Gewichtsunterschiede fast immer angetroffen wurden, in der Regel im Betrage von 5—6 g. Das Anwachsen des Hirnrestes (Med. oblong., Pons und Vierhügel) erfolgt bei beiden Geschlechtern ziemlich entsprechend dem des Gesamthirns.

Pfister, H., Zur Anthropologie des Rückenmarks. Neurologisches Zentralblatt No. 16 und 17.

Das Untersuchungsmaterial lieferten 72 kindliche Rückenmarke, ausgeschaltet wurden Kinder mit organischer Erkrankung im Zentralnervensystem, mit hereditärer Lues und schwererer Rachitis und Frühgeborene. Es ergab sich im wesentlichen folgendes: Das Rückenmark der Knaben ist auf allen Altersstufen durchschnittlich schwerer und länger als das der Mädchen, schwerer auch im Verhältnis zur Körpergröße. Im Verhältnis zum Gehirn ist das Rückenmark der Knaben von Geburt an etwas leichter als

das der Mädchen; im Verlaufe des Lebens verschiebt sich das Verhältnis $\left(\frac{\text{Rückenmarksgewicht}}{\text{Hirngewicht}}\right)$ bei beiden Geschlechtern ziemlich gleichmäßig derart, daß $\frac{R}{H}$ von weniger als $\frac{1}{110}$ beim Neugeborenen auf etwa $\frac{1}{50}$ beim Erwachsenen ansteigt, eine Zahl, die durch eine weite Kluft von der der menschenähnlichsten Tiere getrennt ist. Das mittlere Rückenmarksgewicht (bei der Geburt 3—4 g) nimmt bis zum Achtfachen zu (27—28 g), beim Neugeborenen entsprechen einem Gramm Rückenmark im Mittel 14 cm Körperlänge, beim Erwachsenen etwa 6,2 cm. Die mittlere Länge des Rückenmarkes (beim Neugeborenen ca. 14 cm) nimmt bis zum gut Dreifachen zu, von vornherein relativ langsam, während die Gewichtszunahme in den ersten Lebensjahren besonders rasch ist, sie beruht demnach mehr auf Dicken- als auf Längenwachstum. Die Länge beträgt beim Neugeborenen im Mittel 29,5% der Körperlänge und sinkt anfangs langsam, vom Ende des ersten Lebensjahres sehr rasch auf 26—25%, ungefähr das Verhältnis, das der Erwachsene aufweist.

Starr, Allen, The results of surgical treatment of brain tumors.
The journ. of nerv. & mental. disease, July.

St. hat bis 1. Januar 1903 365 Fälle von Hirntumoroperationen aus der Literatur zusammenstellen können:

		Cerebral	Cerebellar
Gesamtsumme	365	315	50
Tumor nicht gefunden	111	91	20
Tumor gefunden, nicht entfernt	27	21	6
Tumor entfernt, Tod	59	51	8
Tumor entfernt, Genesung	168	152	16

Die Chancen bessern sich stetig, teils durch bessere Diagnose, teils durch bessere Operationsmethoden, letztere besonders seit Einführung elektrisch betriebener Kreissägen. *St.* beschreibt das Verfahren eingehend. Wesentlich ungünstiger stehen die Cerebellartumoren, weil nur ein Zehntel der Kleinhirnoberfläche vom Occiput erreichbar ist, überdies ist dieser Teil selten der Sitz von Tumoren.

Claparède, Ed., Hémiaxie post-hémiplégique et coordination sous-corticale. Revue neurologique, No. B.

Dejerine und Egger haben die Erscheinung posthemiplegischer Sensibilitätsstörung ohne Ataxie mit der Hypothese erklärt, daß die sensible Bahn sich vor der Endigung in der Rinde teilt, ein Zweig (bewußte Empfindung) zur Rinde zieht, der andere in Verbindung mit den koordinierenden Neuronen des Seh- und Streifenhügels tritt. Zu dieser Anschauung ist *Cl.* auf umgekehrtem Wege gelangt durch die häufigere Beobachtung, daß posthemiplegische Ataxie besteht ohne Störung der Empfindung. In einem solchen Fall ist eine Läsion der koordinierenden subkortikalen grauen Kerne anzunehmen, welche die zentripetalen Bahnen der nichtbewußten Empfindung verletzten, ohne die thalamo-kortikalen Neurone zu schädigen.

Mingazzini, On the early differential diagnosis of morbid processes involving the base of the brain. The journal of mental. pathology. No. 4—5.

M. berichtet über einige diagnostisch schwierige und interessante Fälle von Erkrankung der Hirnbasis und stellt die Unterscheidungsmerkmale aus seinen Untersuchungen in folgender Tabelle zusammen:

Meningitis basil. Tubercul. chron.	Meningitis basilar. luetica	Tumoren der Basis
Kindliches Alter	Alter zwischen 30 u. 40 J.	In jedem Alter
Heredität, anderweitige Tuberkulose	Anderweitige Lues- symptome — Aborte	Neubildung in anderen Körperteilen
Fieber zwischen 38—39° Rigidität der Nacken- muskeln	Fieber bis 38° Nackensmuskeln selten rigide	Kein Fieber
Benommenheit deutlich	Lucide Perioden zwischen Anfällen von Somnolenz	
Meningitische Erschei- nungen gehen der Läh- mung voraus	Basche Entwicklung von Lähmung der Hirn- nerven	Neuritis optica von rascher Entwicklung
Kopfschmerzen zu jeder Zeit	Kopfschmerzen, besonders nachts	

Mills, Ch. K., and Spiller, W. G., A case of progressively developing hemiplegia, later becoming triplegia, resulting from primary degeneration of the pyramidal tracts. The journal of nerv. & ment. disease. July.

Langsam entstehende rechtsseitige Hemiplegie, ein Bein früher und stärker, nach einigen Jahren Lähmung der linken Beine. Reflexe gesteigert, Babinski vorhanden, sensorische Erscheinungen fehlend. Die Sektion ergab starke Degeneration der rechten gekreuzten und der linken direkten Pyramidenstränge. Die Degeneration erstreckte sich in den Pons, aber nicht in den linken Hirschenkel. Ferner verhältnismäßig frische Degeneration der linken gekreuzten und der rechten direkten Pyramidenstränge, mit Marchi bis in den unteren Teil der rechten inneren Kapsel verfolgbar. Im übrigen Hirn und Rückenmark keine Veränderungen.

Patrik, Chronic progressive hemiplegia, with remarks on two cases of unilateral paralysis agitans without tremor. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

Bei einem 18jährigen Mädchen hatte sich seit dem 14. Jahre rechtsseitige Parese mit Beteiligung der vom Facialis und der motorischen Quintuswurzel versorgten Muskeln entwickelt. Die Muskeln waren rechts magerer, distal in stärkerem Grade als proximal, zeigten keine Entartungsreaktion und keine Rigidität. Die Sensibilität war normal, die tiefen Reflexe waren rechts stark gesteigert und Babinskireflex war deutlich. *P.* nimmt eine langsam fortschreitende Degeneration der Pyramidenbahnen oder des zerebralen motorischen Nervensystems an. *P.* berichtet weiterhin zwei Fälle, in denen progressive Hemiplegie als Erscheinung von Paralysis agitans zu erkennen war.

Hunt, A contribution to the pathology of paramyoclonus multiplex (Friedreichs Type). The journ. of nerv. & ment. disease. July.

Nach einem zusammenfassenden Bericht über die Literatur des Symptomenkomplexes begrenzt *H.* die Bezeichnung Paramyoclonus multiplex oder Myoclonus multiplex auf die Form von Muskelkrampf, die durch multiple, spontane, isolierte Kontraktionen einzelner Muskeln gekennzeichnet wird. Diese auf Störung der spinalen Zentren beruhende Form ist verschieden von den zerebralen Myospasmen mit mehr oder weniger koordinierten Bewegungen. *P. m.* kann idiopathisch oder deuteropathisch auftreten und in letzterer Form verschiedene organische und funktionelle Krankheiten zerebralen und spinalen Ursprungs komplizieren. In dem von *H.* beschriebenen Fall wurden die Muskelzuckungen bei der Untersuchung eines tuberkulösen 49jährigen Ungarn entdeckt. Sie bestanden seit sechs Monaten, anscheinend nach starker Gemütsdepression. Der Kranke erlag sehr bald seiner Tuberkulose. Die Zuckungen glichen ganz dem Friedreichschen Falle, zessierten im Schlaf; ärztlich wurde beobachtet, daß sie noch 20 Minuten nach dem Tode, d. h. Stillstand der Atmungs- und Herztätigkeit, fortbestanden. Die Untersuchung des Gehirns, des Rückenmarks und der Nerven lieferte ein durchaus negatives Ergebnis. Die Muskelfasern hatten zu etwa zwei Dritteln einen ungewöhnlich großen Durchmesser, bis ein Drittel mehr des höchsten normalen, und wiesen zahlreiche, zwischen die Muskelfasern eingestreute Sarkolemmkerne auf. Im übrigen Drittel waren die Fasern normal groß oder unternormal. *H.* vergleicht den Befund mit den roten Muskelfasern der niederen Wirbeltiere. Da solche hypertrophischen Fasern sich bei Zuckungen zerebralen Ursprungs nicht finden, können sie nicht als Folge von Überanstrengung aufgefaßt werden, sondern weisen auf eine hypertrophierende Funktion der Vorderhornzellen.

Dana, Myoclonus multiplex and the myoclonias; report of cases and on attempt of classification. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

D. versucht unter Angabe mehrerer Krankheitsgeschichten die zahlreichen Formen multipler Muskelzuckungen in folgenden Gruppen zu klassifizieren:

1. Myoklonie *Friedreichs* oder peripherischer Typus einschließlich Myokymia, hierher gehören oder sind mit ihr identisch: Parymyoclonus multiplex (*Friedreich*), astatische Myoklonie (*Vanlair*), multipler spinaler Myoklonus (*Löwenfeld*), fibrilläre Chorea (*Morvan*), fibrillärer Myoklonus (*Kny*).

2. Myoklonie von funktionellem oder hysterischem Typus, hierzu gehört Chorea major, Chorea electrica (*Henoch*).

3. Myoklonie vom Typus des Tic convulsif, charakterisiert durch viele assoziierte, choreische und tonische Zuckungen; hierzu: Myospasme, Erinnerungskrämpfe (*Friedreich*), habituelle Chorea, Chorea variable des dégénérés, Tic convulsif, Tic spasmodic, Tic general, Tourettes disease, Palmus, Tic-Neurose (*Collins*).

4. Myoklonie vom Typus der degenerativen oder familiären Chorea und der Myoklonusepilepsie, in enger Beziehung zur dritten Gruppe. Hierher: Degenerative, hereditäre, Huntingtonsche Chorea, familialer Myoklonus (*Unverricht*), Myoclonia congenita (*Seeligmüller*)(?), hereditäre degenerative Chorea (*Sachs*).

5. Myoklonie vom Typus der infektiösen und symptomatischen Chorea. Hierzu gehören: Chorea minor, Sydenhams Chorea, Chorea electrica (*Dubini*)(?), Chorea electrica (*Bergeron*), senile Chorea (*Gowers*)(?).

Weisenburg, Triceps, biceps and finger clonus. The journ. of nerv. & ment. disease. November.

W. beobachtete Tricepsklonus bei Auslösung des Reflexes bei einem Paralytiker, Triceps- und Bicepsklonus bei einem Hemiplegiker auf der gelähmten Seite und Klonus der Finger im Carpometacarpal-Gelenk bei Öffnung der gelähmten Hand.

Walker, Th., A case of primary osteoma of the brain. Reports of the society for the study of disease in Children. Vol. II. 1902.

Allgemeine Tumorsymptome, im rechten Hinterkopf lokalisierte Schmerzen, rechtsseitige Ptosis und Facialisparese, Taumeln nach rechts ließen bei dem neunjährigen Mädchen einen Tumor im rechten Kleinhirn vermuten. Die Trepanation schaffte Erleichterung, ohne den Tumor zu entdecken. Die Sektion ergab ein kirschgroßes Osteom in der Gegend des Infundibulum, hinter dem Chiasma und zwischen den Hirnschenkeln gelagert, ferner nach hinten vom Tumor gelegen eine Cyste, deren dünne aber derbe Wand innen

aufgelagerte kalkige Konkremeente enthielt und eine kleine Cyste im dritten Ventrikel. Der Tumor ließ die Umwandlung in ein Osteom von der Peripherie aus erkennen, auch den Cysten spricht W. die gleiche Beschaffenheit zu, nur daß es in ihnen zu wirklicher Knochenbildung noch nicht gekommen ist. Anscheinend ging die Neubildung vom Boden des dritten Ventrikels aus.

Mills, C. K., The surgery of brain tumors from the standpoint of view of the neurologish, with notes of a recent case. Philadelphia medical journal 1902. November.

M. macht bemerkenswerte Vorschläge über das zweckmäßigste Verfahren bei Tumoroperationen. Für die Orientierung zieht er die von *Anderson* und *Making* angegebene Methode der Craniencephalometrie vor, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann, und empfiehlt den Gebrauch der Steilwagentrephine, wobei die vorhergehende Anmerkung der Basis des zu bildenden Hautknochenlappens ratsam ist. Bei schwierigen und langwierigen Operationen und wo Gefahr aus der plötzlichen Verminderung des Schädelinhalts entsteht, kann es vorteilhaft sein, die Operation auf zwei Sitzungen zu verteilen. *M.* schließt mit der Beschreibung eines Falles von Gumma der linken motorischen Region, dessen Diagnose und Operation trotz mancher Schwierigkeiten den Kliniker und den Chirurgen gleich befriedigte. Besserung durch Jodkali im Anfang stellte die Natur des Tumors fest, das Auftreten bestimmter Herdsymptome den Sitz, Röntgenaufnahme die Größe und Lage. Die Dura, soweit sie verdickt und fest anhaftend war, mußte mit dem Tumor zugleich entfernt werden, der Defekt wurde durch ein entsprechend großes lospräpariertes Stück des Pericraniums in der Weise gedeckt, daß dessen knochenbildende Oberfläche nach Dehnung des Lappens dem Gehirn abgewendet lag. Der Heilungsverlauf war tadellos, Kopfschmerz und Jacksonepilepsie blieben aus und die Stauungsneuritis opt. ging zurück.

Cuytits, Un cas de tumeur cérébrale. Examen histologique par van Ysendyck. Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, April, Juni—August.

Der Fall betrifft eine 50jährige Frau mit einer halbpfelsinengroßen Knochengeschwulst an der linken Stirnschlafengegend, die angeblich vor zwei Jahren entstanden war. Die Stelle war seit vielen Jahren Ausgangspunkt von Schmerzen und Migräneanfällen gewesen. Sie hatte zeitweise Aphasie und rechtsseitige Parese und starb plötzlich, als bereits Trepanation beschlossen war. Die knöcherne Geschwulst betraf die Dicke des Schädels, die Innenfläche war rau und zeigte von einem Punkte ausgehend fächerförmige Gefäßfurchen, von dieser Stelle aus nahm ein eigroßes Sarkom, daß das Stirnhirn verdrängt und teils zur Atrophie gebracht hatte, seinen Ursprung in Form eines gefäßreichen Stieles, in dessen Umgebung die Dura fehlte. Die Knochengeschwulst erwies sich als ein Osteosarkom. *C.* und *Y.* nahmen an, daß der innere Tumor, wenn auch in letzter Zeit

gewachsen, schon in einem Alter bestanden haben muß, wo die *Tabula interna* noch fähig war, Gefäßfurchen zu bilden. Darauf deuten auch die Veränderungen, die das linke Stirnhirn durch den Druck des Tumors erlitten hat. Bemerkenswert ist, daß dies keinerlei Störung der Intelligenz bewirkt hat.

Dercum und *Keen*, Enormous tumor of the postero-parietal region. weighing over half a pound. The journal of nerv. & ment. disease. Dezember.

Der Fall, dessen klinischer Verlauf sehr eingehend beschrieben ist, bot sichere Herdsymptome erst wenige Tage vor der Operation. Die ersten Erscheinungen bei dem 26jährigen Manne waren Kopfschmerzen und eine nur vom Kranken bemerkte Unsicherheit im rechten Arm ein Jahr vor dem Tode: einige Monate nach den ersten Symptomen spurweise Astereognosie im rechten Bein und Verminderung der Reflexe rechts, beiderseitige Neuritis opt. und Parese des rechten Externus. Die um diese Zeit vorgenommene Eröffnung der Schädelhöhle in der rechten Schläfengegend — es bestand langjähriger Ohrausfluß rechts mit Perforation — ergab keinen Anlaß, die Dura zu öffnen. Schwäche und Unsicherheit der rechten Extremität nahmen etwas zu, vorübergehend bestand Schmerz und Hyperästhesie in der linken hinteren Schädelhälfte und Hypästhesie der linken Gesichtshälfte. Neun Monate nach Beginn wurde die linke Temporalregion eröffnet, wiederum mit negativem Ergebnis. Erst ein Jahr nach Beginn wiesen rechtsseitige motorische und sensible Lähmung, rechtsseitige homonyme Hemianopsie, komplette Astereognosia und Wortblindheit auf den Sitz des Tumors. Die Operation geschah in drei Sitzungen, die erste mußte abgebrochen werden, weil der Schnitt gerade eine massige Verdickung des Schädelsknochens getroffen hatte, aus dessen Diploe die Blutung gefährlich wurde; in der zweiten Sitzung wurde etwa die Hälfte des Tumors entfernt, in der dritten der Rest. Die beiden ersten Operationen hatte der Patient gut überstanden und mit merklicher Besserung der Herdsymptome, eine halbe Stunde nach der dritten Sitzung starb er. Der Tumor, ein Spindelzellensarkom, hatte das ungewöhnliche Gewicht von 264 g und ging anscheinend von der Markmasse der postparietalen Region aus. Die Sektion wurde nicht vorgenommen.

Allen, C. L., The changes found in the central nervous system in a case of rabies with acute mental disturbance. The journal of nerv. & ment. disease. May.

Ein zu Trunk neigender Arbeiter war von einem tollwutverdächtigen Hunde im August gebissen, trank aus Angst unmäßig, erkrankte im November unter Rabieserscheinungen, starb nach drei Tagen. Impfungen von Ratten mit Gehirnsubstanz waren positiv. Die im Gehirn und Rückenmark gefundenen Veränderungen entsprachen den von *van Schnitten* und *Nelis* u. a. beschriebenen, sind indessen wenig charakteristisch.

Aufschlager, Beitrag zur Lokalisation der Hemichorea. Zeitschrift für klin. Medizin 51. Bd. Heft 3/4.

Linksseitige Hemichorea bestand seit dem 28. Jahre und war plötzlich und angeblich ohne Bewußtseinsstörung aufgetreten, der Tod erfolgte im 43. Jahre an tuberkulöser Meningitis. Es fand sich eine alte apoplektische Cyste unter dem Pulvinar des rechten Thalamus. Dieser Herd muß als Ursache der Hemichorea angesehen werden, und es ist anzunehmen, daß die Hemichorea an Stelle von Hemiplegie aufgetreten ist, nicht nach Hemiplegie, denn Lähmung hatte niemals bestanden. Allerdings fand sich links leichte Hyperästhesie. Dabei war bemerkenswert, daß von einigen Stellen aus Hautreize stärkere choreatische Bewegungen auslösten.

Die Pyramidenbahnen waren nicht verändert.

Mitchell, J. K., Report of a case of familial tremor of the head. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Bei dem 22jährigen Studenten trat konstanter lateraler Tremor des Kopfes auf, seit dem gleichen Lebensjahre besteht das Leiden bei der Mutter, der Großvater m. S. hatte es seit dem 40. Jahre, der Urgroßvater m. S. seit dem siebenzigsten.

Anton, Über einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrößerung anderer Systeme. Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 49.

Das Kind starb, 6 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, durch Aspiration eines Apfelstückes. Der Vater ist wahrscheinlich syphilitisch gewesen. Es war idiotisch, lernte erst im vierten Jahre aufrecht sitzen, konnte vorwärts gehen, nicht rückwärts, sprach einige Worte, ermüdete auffallend rasch. Der eingehend beschriebene Sektionsbefund ergab in der Hauptsache Mangel des Kleinhirns, das offenbar angelegt, aber bis auf kleinste Zellreste vor der Geburt wieder zerstört und resorbiert worden war, wahrscheinlich durch Erweichungsprozeß, wie er den Porencephalien zugrunde liegt. Es fehlten oder waren rudimentär vorhanden die Kleinhirnbahnen des Rückenmarks, die Strickkörper, die mittleren Kleinhirnarmler der Brücke, die Bindearme, im Hirnschenkelfuße die mediale Stirnhirn- und die außen gelegene temporale Bahn. Die *Deitersschen* Kerne waren atrophisch, die roten Kerne durch ein Klümpchen grauer Substanz angedeutet. Dagegen fand sich übermäßige Entwicklung der Hinterstrangskerne, die Pyramidenstränge und die substantia gelatinosa des Trigeminus, der sensible Kern und der Locus caeruleus, und der Thalamus, das Corpus strictum und die Großhirnrinde waren verhältnismäßig stark entwickelt. In der übermäßigen Entwicklung ist die Erklärung dafür zu suchen, daß der Ausfall durch den Kleinhirnmangel nicht größer war, die zentripetale und zentrifugale Bahn der Bewegungsimpulse des Großhirnes kamen für die Supplierung in

Betracht, auch die Vergrößerung der Trigemuskern etc. kann dem Ersatz des Mangels in der direkten sensorischen Kleinhirnbahn gedient haben. Für die partiellen Vergrößerungen ist allerdings auch in Anrechnung zu stellen, daß der Wegfall des ganzen Kleinhirnsystems für andere Systeme Raum geschaffen hat.

Gordon, A., A study of sensations in motor paralysis of cerebral origin based upon thirty-five cases. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Verf. stellt die Störungen der Sensibilität zusammen, die er an 35 kurz skizzierten Fällen von Hemiplegie ohne Erscheinungen von Hysterie und schwereren Defekten gefunden hat. Störungen waren immer vorhanden, meist als Herabsetzung der Empfindung, die Schmerzempfindung war am häufigsten beeinträchtigt, dann folgen Temperatursinn und Tastempfindung. In abnehmender Reihe waren betroffen: Oberextremität, Rumpf, Unterextremität. Gesicht, nur im Temperatursinn stand Unterextremität an zweiter Stelle. Asternognosie war vollständig in 22 Fällen, unvollkommen in sieben Fällen. sie war offenbar abhängig von dem Grade der Einbuße der übrigen Qualitäten. das Lagegefühl der Oberextremität war nur in 17 Fällen gestört und zeigt deshalb dies Abhängigkeitsverhältnis nicht. Ein Parallelismus zwischen motorischen und sensiblen Störungen besteht unzweifelhaft, letztere scheinen mit der Dauer der Lähmung abzunehmen.

Diller, Th., A case of myasthenia gravis complicated by angioneurotic edema. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Symptomenkomplex der Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund (*Oppenheim*) bei einer Trinkerin. Bemerkenswert war das Auftreten umschriebener, schmerzhafter und mit Fieber verbundener Ödeme, die einige Tage standen. Der Krankheitsverlauf war schubweise. Sie wurde wesentlich gebessert entlassen.

Collins, J., Tabes and muscular atrophy. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Muskelatrophie mäßigen Grades kommt nicht selten bei Tabes vor und ist die gewöhnliche Ursache der tabischen Deformitäten, es gibt aber Formen von tabischer Amyotrophie, die nicht als eine Steigerung des Prozesses sondern als selbständige zu Tabes tretende Erkrankung anzusehen sind. Nach C. handelt es sich bei ihnen nicht um sekundäre Veränderungen infolge von Erkrankung der Vorderhornzellen, sondern um periphere selbständige Prozesse, deren Erscheinungen den tabischen Symptomen lange Zeit vorausgehen können, jedenfalls sie lange Zeit verdecken. Der am eingehendsten beschriebene Fall betrifft einen bei Eintritt in die Behandlung 47jährigen

Mann, angeblich ohne Syphilis, kinderlosen Witwer, Nichtraucher und mäßig im Trinken. Die Krankheit begann vor vier Jahren, drei Monate nach Pleuropneumonie, mit Schwäche und charakteristischer Abmagerung der linken Hand, dann der rechten Hand, der Vorderarme, Arme und Schultern. Unter den ersten Symptomen war Erschwerung, den Urin zu lassen und Impotenz. 18 Monate nach Beginn ergriff die Atrophie das rechte Bein, später das linke. Von subjektiven sensiblen Störungen hatte nur leichtes Taubheitsgefühl in den befallenen Gliedern bestanden, erst nach dreijähriger Dauer stellten sich Rückenschmerzen und sehr peinigendes Ameisenlaufen in den Beinen ein und es folgten Schwindelanfälle, unwillkürliche krampfartige Streck- und Beugebewegungen der Beine, Sehstörung, Lichtstarre der Pupillen, Sehnerventrophie. Während der Muskelschwund im Bereiche des unteren Beckengürtels einen hohen Grad erreichte, blieb er im weiteren Verlaufe im übrigen wenig verändert. Die Sektion — nach siebenjähriger Krankheitsdauer — ergab nicht das typische Bild der Tabes. Im Lendenmark trat zu der Degeneration der *Burdachschen* Stränge Entartung der Seitenstränge, besonders der gekreuzten Pyramidenbahnen, im Dorsalmark beschränkte sie sich allein auf die *Gollschen* Stränge. Bei starker Degeneration der hinteren Wurzeln waren die Spinalganglien wenig verändert. Die graue Masse der Vorderhörner erwies sich überall normal. Sehr vorgeschrittene Entartung fand sich an den beteiligten Nerven, stärker als in den Muskeln, z. B. waren die Lumbrikalmuskeln im Vergleiche zu der Entartung der Nerven wenig verändert.

Cushing, H., Traumatic facial paralysis treated by nerve anastomosis. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Vereinigung des spinalen Accessorius mit dem Facialisende stellte die freiwillige und symmetrische Bewegung spät aber fast vollkommen wieder her. Es blieben allerdings unwillkürliche Mitbewegungen bei bestimmten Bewegungen der Schulter.

Browning, W., A method for the relief of pain in tumors of the brain. The journ. of nerv. & ment. disease. Novembre.

B. empfiehlt zur Linderung der Schmerzen in hoffnungslosen Fällen von Tumor die Blutdruck- und Pulsregulierenden Mittel Veratrium, Gelsemium und Aconit.

Keen, Anastomosis of the seventh and the spinal accessory nerves for traumatic facial palsy. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Um die Vereinigung zu ermöglichen, mußte der Trapezius-Teil des Accessorius nach Spaltung des Nerven benutzt werden, die Auffindung des

facialis war schwierig, zumal der Versuch, ihn mit einer Elektrode zu finden, erfolglos blieb. Die Prüfung drei Monate nach der Operation ergab sehr geringe Funktion. Der Patient hatte sich zur Nachbehandlung nicht gestellt.

Richter, Die Balkenstrahlung des menschlichen Gehirns.

Verf. benutzt einen Fall schwerer Schußverletzung des Gehirns zur Feststellung des anatomischen Verhaltens des Faserverlaufs. Die Kugelintrittsstelle befindet sich im rechten Ram. asc. fossae Sylvii, der Schußkanal endigt in der linken hintern Zentralwindung. Der Exitus erfolgte 7 1/2 Jahre nach der Verletzung. Im ersten Teil gibt der Verf. die Krankengeschichte, im zweiten die mikroskopische Beschreibung der frontalen Schnitten der rechten Hemisphäre und im letzten Abschnitt der Arbeit geht er in ausführlicher Weise auf die Schlußfolgerungen aus dem anatomischen Befund ein, der vielfach durch genaue Zeichnungen veranschaulicht wird.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen teils Bekanntes, teils widerlegen sie Ansichten anderer Autoren. Auf ihre Einzelheiten kann hier im Rahmen eines Referates nicht näher eingegangen werden. Es sei deshalb auf die Arbeit, welche als ein wertvoller Beitrag zur Anatomie des Gehirns bezeichnet werden kann, besonders hingewiesen. *Rust-Sachsenberg.*

Scholtens, Zwei Fälle von transkortikaler sensorischer Aphasie in Frage von Tumor des linken Schläfenhirns. Psychiatrische und neurologische Bladen 1903.

Verf. hält es für zweckmäßig, die Bezeichnung subkortikale, kortikale und transkortikale Aphasie beizubehalten. Die geschilderten Fälle sind folgende.

C. V. 51 Jahre alt. Aufnahme in die Winklersche Klinik 29. September 1902. Oktober 1900 Kopfverletzung durch Fall eines Balkens auf den Kopf. Januar 1902 epileptischer Anfall, die Woche darauf erkannte Patient seine Familie nicht und wußte die Namen nicht zu nennen. Im April 1902 viel Kopfschmerzen mit Erbrechen; andauernde Verschlechterung seit dieser Zeit und Sprachstörung. Die Untersuchung ergibt: Rechts leichte Facialispause im untern Gebiete; Druckempfindlichkeit der Pars squamosa des linken Schläfenbeines; bruit de pot fêlé; rechte Papille leicht rot und etwas diffus. Die Untersuchung der Sprachstörung ergibt Paraphasie beim willkürlichen Sprechen, Fähigkeit des Lautlesens und Kopierens ist erhalten, gestört dagegen Nachsprechen, Begreifen des Gesprochenen, des Geschriebenen, das willkürliche Schreiben und das Diktatschreiben. Operation am 14. Oktober an der am meisten empfindlichen Stelle. Es findet sich ein Tumor — ein Gliom — der vollständig herausgeschält werden kann, nur nach der Basis des Lappens zu entstehen bei der Entfernung Schwierigkeiten. Die Operation verläuft glücklich, die Kopfschmerzen sind beseitigt, die Sprachstörung ist jedoch unverändert.

Der zweite Fall betrifft einen 52 Jahre alten pensionierten Polizeioffizier, der vor 25 Jahren Lues akquiriert hat.

Vor sieben Jahren Stoß gegen die Brust, nach welchem Blutspeien eintrat. Seit vier Jahren Anfälle, beginnend mit Schrei, Zuckungen, Zungenbisse, incontinentia urinae. Häufige Wiederholung der Anfälle, geringere in den letzten Jahren, oft fünf bis sechs für den Tag. Aufnahme am 9. Januar 1903 in die Klinik. Keine intellektuellen Störungen, Druckempfindlichkeit der Pars squamosa des linken Schläfenbeins, Stauungspapille; die Sprachstörung bot auch das Bild der transkortikalen sensorischen Aphasie, die Hauptstörung lag hier im Begreifen der gut gehörten und auch meistens gut verstandenen Worte. 10. Januar soporöser Zustand. Operation am 17. Januar, der prolabierende, weiche, nur Blut enthaltende Tumor, kann nicht ganz entfernt werden. Exitus am 21. Januar. Die Sektion ergibt, daß der Tumor viel größere Ausdehnung hatte, als angenommen worden war. Bis weit in die vorderste Hälfte des Schläfenhirns hinein, und bis zur untersten frontalen Windung über die Fissura Sylvii hinein. Vollständige Zerstörung der Hirnmasse. Vier Photographien sind dem Aufsätze beigelegt. *Serger.*

Pighini, Lesioni nervose e patogenesi delle amiotrofie di origine articolare. *Rivista sperimentale di Freniatria*. Bd. 28, H. 4 und Bd. 29, H. 1—2.

Die durch Arthritis entstandene Muskelatrophie ist nach der gangbarsten Anschauung die Folge der Inaktivität. Diese und noch einige andere weniger verbreitete Theorien sucht Verf. durch seine vasomotorische Reflextheorie zu verdrängen. Verf. rief künstlich bei Kaninchen Arthritis hervor und untersuchte Nerven, Nervenzentrum und Muskeln mikroskopisch. Die von dem kranken Gelenk nach dem Rückenmark verlaufenden sensiblen Nerven zeigten kaum eine nennenswerte Veränderung. Dagegen fanden sich Degenerationserscheinungen in den zugehörigen Zellen der Spinalganglien, desgleichen bei derjenigen Gruppe der Vorderhornzellen, von denen Fasern nach den Ganglien des Sympathicus ziehen, während die übrigen Vorderhornzellen unversehrt waren. Die Muskeln ließen die charakteristischen Zeichen der Atrophie erkennen. Das Lumen der Gefäße war verkleinert, die Gefäße selbst meist leer.

Da es nicht nur eine zelluläfugale, sondern auch eine zelluläpetale Degeneration gibt, so ist es begreiflich, wie die durch den arthritischen Prozeß geschädigten sensiblen Nervenendigungen eine entsprechende Störung in den zugehörigen trophischen Zentren, den Spinalganglienzellen, hervorrufen. Von da geht alsdann die Degeneration weiter über auf die vasomotorischen Zentren im Vorderhorn. Da die übrigen Vorderhornzellen samt den motorischen Nerven unversehrt bleiben, kann die Atrophie nur auf der Degeneration der Zentren für die Vasomotoren beruhen. Die Wirkung dieser Degeneration beruht, wie der Verf. vermutet, soweit es sich um akute Fälle von Muskelatrophie handelt, auf einem lange andauernden Gefäßkrampf, der

zur Ischaemie führt, in den chronischen Fällen auf Veränderungen der Gefäßwand, die Störungen in der Ernährung der Muskeln zur Folge haben.

Ganter.

Probst, Zur Kenntnis der Hirnlues und über die Zwischenhirn-Olivarenbahn, sowie Bemerkungen über den frontalen Anteil des Brückengraues, über das Monakowsche Bündel und die Pyramidenbahn. Aus dem hirnanatomischen Laboratorium der niederösterreichischen Landesirrenanstalt, Wien. Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 23, Heft 3.

Es handelte sich um eine 64jährige belastete Frau, welche Trinkerin gewesen war und an Lues gelitten hatte. Sie erkrankte schleichend mit psychischer Unruhe und Intelligenzdefekten; dann Sprachstörung, paretischer Gang, träge Papillenreaktion, l. Facialisparesie, l. Lähmung der Extremitäten und des Gesichts, Sehnervenatrophie, r. Oculomotoriuslähmung und Schluckbeschwerden. Tod ca. sechs Wochen nach Aufnahme in die Anstalt (Beginn des Leidens steht nicht fest). Die Sektion ergab im Gehirn diffuse Gefäßveränderungen, Erweichung im Balken und Fornix, kleine Herde im Sehhügel. Degeneration der Sehnerven, der rechten Pyramidenbahn, beider zentraler Haubenbahnen, des frontalen Anteils des Hirnschenkelfußes beiderseits und der Kleinhirnseitenstrangbahn beiderseits. — *P.*, welcher experimentell bei Tieren eine ganze Anzahl von Haubenbahnen nachgewiesen hat, konnte im vorliegenden Falle die beim Menschen bisher nur oberflächlich bekannte Haubenbahn genau verfolgen und zeigen, daß sie eine „Zwischenhirn-Olivarenbahn“ ist und sich nicht ins Rückenmark (und nicht in die Bindearme) verfolgen läßt, sondern bei der unteren Olive blind endigt. Diese Bahn ist eine motorische und hat die Aufgabe, Impulse, die von dem mit der Großhirnrinde verbundenen Zwischenhirn kommen, durch die untere Olive hindurch der gegenüberliegenden Kleinhirnhälfte zu übermitteln. Bei Tieren kommt diese Bahn nicht vor, nur über die Verhältnisse beim Affen behält *P.* sich die Angabe für eine spätere Veröffentlichung vor. — Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden.

Schluter.

Lunz, Ein Fall eines großen Psammoma des Gehirns. Aus der Nervenabteilung des I. städtischen Krankenhauses in Moskau. Deutsche med. Wochenschrift 1902. No. 13.

Eine 53jährige Frau ohne Lues und Alkoholmißbrauch litt seit zweieinhalb Jahren an epileptischen Anfällen kortikaler Natur, die stets in der linken unteren Extremität begannen, aufwärts stiegen und mit allgemeinen Krämpfen und Bewußtlosigkeit endigten. Sie klagte außerdem nur über leichte, nicht näher lokalisierte, zeitweise auftretende Kopfschmerzen, Perkussion des Schädels war nirgends schmerzhaft, der Augenhintergrund durchaus nor-

mal. Bei der Trepanation fanden sich im oberen Teil der rechten Zentralwindungen Verwachsungen des Schädelknochens mit der verdickten Dura und der völlig intakten Gehirnschubstanz. Nach der Operation blieben die Anfälle zunächst ganz aus, kehrten jedoch nach einigen Monaten in früherer Stärke wieder. Nach 14 Monaten starb Patientin an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab eine verknöcherte, knollige, graurote Geschwulst, welche von der Dura dicht neben dem Processus falciformis ausgehend in die Hirnschubstanz am oberen Rande der rechten Hemisphäre eingedrungen war. Sie grenzte mit dem hinteren Rande an das obere Ende der Rolandoschen Furche, zog sich von da nach vorn und drückte auf den oberen Teil der vorderen Zentralwindung und das hintere Ende der ersten Stirnwindung. Sie konnte daher bei der 2 cm seitwärts vom Sinus longitudinalis ausgeführten Trepanation nicht gefunden werden.

Die Geschwulst erwies sich als Psammon und war bemerkenswert durch ihre Größe und dadurch, daß sie trotzdem keine für Gehirntumoren pathognomonischen Symptome verursacht hatte, was übrigens gerade bei von der Dura ausgehenden Psammonen relativ oft der Fall ist. Eine bestimmte Diagnose konnte hier natürlich nicht gestellt werden.

Schluter.

Blachford, Frequency of occurrence of granular ependyma in general paralysis. The journal of mental science. Juli.

Statistische Untersuchung über das Vorkommen von Granulationen in den Gehirnentrikeln. Von 246 Männern hatten 64 = 26% an progr. Paralyse gelitten, und unter diesen fanden sich bei 44 = 68,8% Granulationen. Unter 226 Frauen hatten 19 = 8,4% an progr. Paralyse gelitten, und unter diesen fanden sich bei 14 = 73,7% Granulationen. Unter den übrigen nicht paralytischen Kranken erwies die Sektion bei 27 Männern und 17 Frauen Granulationen. Bei einigen davon handelte es sich um Epilepsie, bei anderen um irgendwelche größeren Hirnveränderungen, andere hatten Syphilis durchgemacht. Verf. neigt der Ansicht zu, daß die Granulationen hauptsächlich durch Syphilis bedingt seien.

Ganter.

Barratt, The changes in the nervous system in a case of porencephaly. The journal of mental science. Juli.

Der Defekt betraf den linken Hirnmantel, und zwar Operculum, Insel und obere Schläfenwindung. Ferner war der linke Thalamus opticus atrophisch (ausgenommen den vorderen Kern). Verf. betrachtet die Atrophie des Thalamus als sekundär. Die kortiko- und thalamo-spinalen Faserzüge waren viel weniger entwickelt als die der anderen Seite. Im Rückenmark betraf die Atrophie links die Pyramidenvorderstrangbahn, rechts die Pyramidenseitenstrangbahn. Auch das rechte Vorderhorn zeigte eine geringere Größe als das linke. Verf. sucht die Ursache der Porencephalie in einer

Embolie der Art. cerebialis media. An den Herzklappen fanden sich nämlich alte Exkreszenzen. Bei dem mit 30 Jahren gestorbenen Patienten waren im zwölften Monat Krämpfe aufgetreten, die zu den schweren Folgezuständen der Porencephalie geführt hatten.

Ganter.

Black, A case of cysticercus cellulosae causing insanity.

Sullivan, A case of cysticercus of the brain. The journ. of ment. science. Januar.

Zwei Fälle, bei denen sich im Gehirn zahlreiche Finnen der *Taenia solium* fanden. Klinisch ähnelten die Fälle dem Bild der progr. Paralyse.

Ganter.

Harrison, The abnormalities of the palate asstigmata of degeneracy. The journ. of mental science. Januar.

Verf. hat bei 56 Geisteskranken im Alter von 25—40 Jahren Gipsabgüsse vom Gaumen gemacht. Er unterscheidet folgende Formen: hoch und schmal, hoch und breit, niedrig und schmal, niedrig und breit. Bei all diesen Formen kann der Gaumen zugleich von den Schneidezähnen aus mehr oder weniger jäh aufsteigen. Bei Belasteten fand Verf. vorwiegend einen niedrigen und breiten Gaumen. Eine Tafel mit den Meßresultaten und Abbildungen der verschiedenen Gaumenformen illustrieren den Text.

Ganter.

Turner, Some new features in the intimate structure of the human cerebral cortex. The journ. of mental science. Januar.

Verf. hat gefunden, daß auch die Pyramidenzellen im menschlichen Gehirn von einem Maschenwerk umhüllt werden, wie es bisher nur bei Meerschweinchen und Kaninchen unter der Einwirkung injizierter Methylenblaulösung festgestellt worden war. Desgleichen hat Verf. einen interzellulären Plexus aus überaus feinen Fasern entdeckt, wie er bisher noch in keinem Gehirn gesehen worden war. Färbemethode: Stücke der Hirnrinde werden in eine Mischung von 1 Teil 10% Wasserstoffsuperoxydlösung und 4 Teilen 1% Methylenblaulösung 7—10 Tage lang gelegt. Dann kommen sie in 10% Ammonium-Molybdatlösung, wurden in Wasser gespült, entwässert, in Hyalol gelegt, in Paraffin eingebettet und geschnitten. Verf. konnte mit dieser Färbemethode zwei Zellgruppen unterscheiden, eine blaßblaue und eine fast schwarze. Die dunklen Zellen stehen durch die feinsten Enden ihrer Dendriten und durch das perizelluläre Netzwerk in einem gegenseitigen organischen Zusammenhang. Ferner treten die von dem Achsenzylinder der Pyramidenzellen abzweigenden Rollateralen mit dem Maschenwerk in Verbindung, so daß in der Tat alle Rindenzellen untereinander im Zusammenhang stehen. Demnach verhält sich Verf. der Neuronenlehre gegenüber ablehnend.

Ganter.

Vitrano, Ricerche sulla fine struttura della cellula nervosa. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/1902.

Verf. färbte Nervenzellen verschiedener Tierklassen nach den Methoden von *Golgi*, *Cajal* und *Donaggio* und konnte hierbei den retikulären Bau der Nervenzelle bestätigen. Der periphere Teil des Netzes steht mit dem perizellulären Gewebe, das gleichfalls ein feines Netzwerk zeigt, aber unfärbbar ist, in Verbindung. Im Zellkörper sind zu erkennen: Ein perinukleärer Raum und in den verschiedensten Richtungen verlaufende weiße Streifen von wechselnder Dicke, bald ohne, bald mit Zusammenhang untereinander und mit dem perinukleären Raum. Manche Streifen enden an der Zellperipherie, andere folgen ein Stück weit einem Protoplasmafortsatz. *Ganter.*

Frisco, Le infezioni e le intossicazioni nell'organismo animale in rapporto con la patogenesi e con la ereditarietà delle neuropatie. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/1902.

Verf. unterwarf Kaninchen und Meerschweinchen der akuten und chronischen Vergiftung mit Alkohol, Phosphor, Antimon, Diphtherietoxinen und Tuberkelbazillen, um deren Einwirkung auf die Ovarien und die Nachkommenschaft zu studieren. Die hauptsächlichsten Veränderungen an den Ovarien bestanden in: Erweiterung der Blutgefäße, Anschoppung von roten Blutkörperchen, Endoperiarteritis, Wucherung des Bindegewebes, Atrophie der Epithelzellen der Follikel, Verfettung, Verlust der Färbbarkeit, Degeneration der Keimzellen. Wurden die kranken Weibchen mit gesunden Männchen gepaart, so war die Nachkommenschaft degeneriert, schwächlich, nur von kurzer Lebensdauer. Oft kam es zum Abort. *Ganter.*

They, Ricerche sperimentali e istologiche sulle alterazioni trofiche e funzionali del sistema nervoso simpatico. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/1902.

Verf. hat bei Hunden, Katzen, Kaninchen am Hals bald den intergangliären Verbindungsstrang des Sympathicus, bald die Rami communicantes durchschnitten, bald die Carotis unterbunden, um die Veränderungen in den Ganglienzellen zu studieren. Er fand alle Übergänge von der einfachen Chromatolyse bis zur Zellatrophie, also dieselben Veränderungen, die man auch unter den gleichen Umständen an den Zellen des Zentralnervensystems beobachtet. *Ganter.*

Frisco, Alterazioni vasali nelle lesioni di origine infettiva dei nervi periferici. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/1902.

Zwei Fälle von Polyneuritis periferica rheumatischen und syphilitischen Ursprungs gaben dem Verf. Gelegenheit, die Beziehungen zwischen Nerven- und Gefäßdegeneration zu studieren. Er hält die Nervendegeneration für das Ursprüngliche und leitet die Degeneration der zugehörigen Gefäße, bestehend in Sklerose und Atheromatose, von ihr ab. *Ganter.*

Colella, Studio sulla polinevrite tubercolare. Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della Università di Palermo. Bd. 2. 1900/1902.

Drei Fälle von Lungen-(Darm-)Tuberkulose mit Symptomen der Polyneuritis. Klinisch zeigten sie motorische, sensible und trophische Störungen in verschiedenem Grade. Dementsprechend war der mikroskopische Befund: Degeneration der intramuskulären Nervenendigungen, einfache Atrophie der Muskelfasern, in den Zellen der Vorderhörner Auflösung der chromatophilen Elemente, Kernverlagerung, Vakuolenbildung. Schwierig ist oft das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Poliomyelitis und Polyneuritis herauszufinden, da beide denselben toxischen Agentien ausgesetzt waren. Die zugehörige Literatur ist reichlich mitverwertet. *Ganter.*

Panichi, Contributo allo studio della siflide cerebrale maligna e precoce. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28, H. 4.

Ein 27 Jahre alter Mann starb zwei Jahre nach der syphilitischen Infektion. Der Fall hatte ungewöhnlich schwere Symptome gezeigt: Lähmungen, Sprachstörungen, Sopor. Therapie erfolglos. Die Sektion ergab, daß besonders das Gefäßsystem ergriffen war: Aneurysma dissecans des zweiten Astes der rechten Art. fossae Sylvii und des vierten Astes der linken Art., Erweiterungsherde in den Windungen der Insel und Blutungen in der Kapsel. *Ganter.*

Tenchini e Zimmerl, Di un nuovo processo anomalo dell'ossphenoidale dell'uomo. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28, H. 4.

Der kleine Flügel des Keilbeins verbindet sich gewöhnlich gradlinig mit der Pars orbitalis des Stirnbeins. Hingegen fand Verf. vor allem bei Schädeln von Verbrechern und Geisteskranken, daß sich die Ala parva zu einer Platte erweitert (Lamina orbitalis) und in einem Halbkreis mit der Pars orb. des Stirnbeins zusammenstößt. Diese Anomalie beruht nach Verf. darauf, daß der Vorsprung, der ursprünglich knorpelig ist und verschwinden sollte, verknöchert. Er ist ein atavistisches Merkmal. *Ganter.*

Besta, Sopra un caso di tumore della protuberanza. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 3.

Es handelte sich um ein Neuroglioma ganglionare, das die untere rechte Seite der Protuberanz im mittleren Drittel einnahm. Auf Grund der Degenerationerscheinungen glaubt Verf. eine neue motorische Kreuzungsbahn gefunden zu haben, die die Kerne der Protuberanz mit denen der grauen Substanz des Rückenmarks verbindet. Bisher war nur eine direkte Verbindungsbahn bekannt.

Ganter.

Ravenna, Contributo allo studio delle localizzazioni encefaliche nella corea e nella epilessia. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 3.

In einem Fall, bei dem es sich um Idiotie, Chorea und Epilepsie handelte, fand Verf. entsprechende Veränderungen im Stirnlappen. In den atrophischen Teilen des Stirnlappens zeigte die mikroskopische Untersuchung diffuse Gliose und fast vollständigen Schwund der nervösen Elemente, daher die fehlende Intelligenz. Der Fuß der drei Stirnwindungen und die vordere Zentralwindung hatten makroskopisch keine Atrophie erkennen lassen, aber mikroskopisch zeigten sich hyaline Degeneration des Protoplasmas und Kernatrophie in den betreffenden Rindenzellen. Verf. leitet von diesen Veränderungen die Chorea und die Epilepsie ab, die später, als der Prozeß fortschritt, zu der Chorea hinzugetreten war. Beide hatten also einen gemeinsamen anatomischen Sitz.

Ganter.

Bombicci, Sull'encefalite emorragica con speciale riguardo alla forma tubercolare. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28, H. 4 u. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. hat neun Fälle dieser Krankheit, teils bei Kindern, teils bei Erwachsenen, klinisch und anatomisch untersucht. Was makroskopisch die Encephalitis haemorrhagica auszeichnete, bestand in Rötung, Konsistenzveränderung und hämorrhagischer Punktierung der Gewebe, nebst Trombosierung der Gefäße. Der Entzündungsprozeß ergriff wahllos bald diese, bald jene Gegend des Gehirns, so zwar, daß die graue Substanz öfters Sitz der Entzündung war als die weiße, Rinde und Ganglien wiederum häufiger als sonst ein Teil des Gehirns: Encephalitis corticalis et Encephalitis centralis. Als die hervorragendsten mikroskopischen Ergebnisse wurden gefunden: Neubildung von Gefäßen, Exsudation und kapillare Hämorrhagien (inf. der Brüchigkeit der neugebildeten Gefäße). — Was die Ätiologie der Encephalitis betrifft, so kamen hauptsächlich Infektionskrankheiten, vor allem die Tuberkulose, in Betracht, und diese selbst nur in der Form einer einfachen caseosa.

Dunton, William Rush, Report of a case of Dementia praecox with autopsy. American journal of insanity. Jan. 1903.

Verf. fand als mikroskopischen Befund bei einem an Phthise verstorbenen Katatoniker überall im Gehirn eine unbedeutende Veränderung an den Ganglienzellen in Form der zentralen Chromatolyse, ferner eine mäßige Pigmentation und Atrophie der Ganglienzellen. Die Kerne waren stellenweise atrophisch, verlagert und geschwollen, die Kernmembran gefaltet. Meistens waren die tieferen Schichten stärker befallen. Weiter konnte er eine ausgesprochene Phagocytose und eine unbedeutende Vermehrung der Gliakerne nachweisen. Die Nervenfasern und Gefäße waren meist gerändert. Verf. glaubt diese Veränderungen auf die Katatonie zurückführen zu müssen, da die Schrumpfung der Nervenzellen, wie sie die Tuberkulose veranlaßt, sich nicht nachweisen läßt.

Behr.

Gordinier, Herman C., A case of abscess diagnosed as brain tumor. American journal of insanity. Jan. 1903.

Ein 52jähriger, früher stets gesunder Mann erkrankte plötzlich an einem halbseitig auftretenden Krampfanfall, der mit krampfartigen Bewegungen des Kopfes und der Augen nach links begann, die sich dann unter Verlust des Bewußtseins auf den ganzen Körper ausdehnten. Die Anfälle wiederholten sich in verschiedenen großen Zwischenräumen, begannen am Kopf, blieben aber nur auf die linke Seite beschränkt, auch das Bewußtsein war erhalten. Nach dem letzten Anfall wurde über Schwäche und Unbeholfenheit in den Bewegungen des linken Armes geklagt. Weiter bestanden Stirnkopfschmerz und eine Abnahme des Gedächtnisses für Namen und Zahlen. Niemals Erbrechen, kein Fieber. Objektiv war außer einer leichten Facialisparese links, einer mäßigen Kontraktur und Parese des linken Armes, einer Erhöhung der Sehnenreflexe auf der ganzen linken Seite nichts nachweisbar, vor allem fehlte die Stauungspapille, ebenso Störungen der Schmerzempfindlichkeit und Sensibilität. Es wurde die Diagnose auf einen Tumor, rechts in der motorischen Region auf oder dicht unter der Rinde gestellt, an einen Abszeß wurde bei dem Fehlen jedes Fiebers und jeder Infektionsquelle nicht gedacht. Bei der Operation fand sich auf der Rinde keine Geschwulst, auch konnte beim Einstechen von Nadeln eine Resistenzvermehrung in den tieferen Schichten der Hirnsubstanz nicht nachgewiesen werden, es wurde daher in der Annahme, daß der Tumor in der Tiefe läge und deshalb inoperabel sei, von der Operation Abstand genommen. Bei der wenige Tage darauf stattfindenden Gehirnsektion fand sich ein abgekapselter Abszeß rechts in der Gegend der Zentralwindung, der sich bis an die Stirnwindung hinein erstreckte und in der vorderen Zentralwindung bis dicht unter die Hirnoberfläche reichte. Eine Quelle für die Infektion konnte nicht nachgewiesen werden, da nur die Hirnsektion gemacht wurde. Verf. empfiehlt auf Grund dieses Falles bei jeder inoperabel erscheinenden genau lokalisierten Hirnerkrankung eine Probepunktion oder Inzision zu machen.

Behr.

Paton, Stewart, and Rusk, G. Y., Acute paresis with report of a case, the clinical history and pathological findings. American journal of insanity. Jan. 1903.

Die Verf. berichten über den klinischen Verlauf und den mikroskopischen Hirnbefund eines Falles von sogenannter gallopiender Paralyse. Ein für diese Form der Paralyse charakteristischer Befund fand sich nicht. Die Ganglienzellen zeigten überall in der Rinde, wenn auch in wechselnder Intensität, die Zeichen einer vorzugsweise zentralen Chromatolyse, häufig fand sich in der Umgebung der Pyramidenzellen eine vermehrte Ansammlung kleiner runder Kerne. Geringer gleichmäßig über das Gehirn verbreiteter Schwund der Tangentialfasern, Vermehrung der Gliazellen mit spärlicher Vermehrung der Gliafasern. Die Gefäße boten, abgesehen von einer stärkeren Füllung, keine Veränderung, dagegen konnten die *Marschalkoschen* Plasmazellen nachgewiesen werden. Der Befund entspricht dem bei Intoxikationen sich findenden Bilde.

Behr.

Channing, Walter, and Knowlton, Wallace M., A case of metastatic adrenal tumors in the left midfrontal and ascending frontal convolutions. American journal of insanity. Jan. 1903.

Bei einem 48jährigen Manne fand sich bei der Operation eine Geschwulst der linken Niere, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Nebennierentumor erwies. 1½ Jahre später erkrankte der Patient an heftigen epileptischen Anfällen; Kopfschmerzen und psychische Symptome fehlten. Die Niere war normal. Im weiteren Verlauf der Erkrankung trat eine rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten ein, ebenso Erscheinungen von Paraphasie. Die Sensibilität war intakt. Psychisch ließ sich nur eine leichte Apathie und Depression bei dem Kranken nachweisen. Der Augenhintergrund wurde nicht untersucht. Bei der Sektion fand sich ein größerer ziemlich scharf abgegrenzter, teils cystischer teils nekrotischer Tumor im Stirnhirn nahe der Praecentalfurche. Ein weiterer kleinerer Tumor konnte im Stirnhirn zwischen der Fissura Rolandi und der Fissura praecentalis nachgewiesen werden. Die mikroskopische Untersuchung stellte fest, daß es sich im Gehirn ebenso wie in der Lunge, wo auch Tumormassen gefunden waren, um Metastasen des primären Karzinoms der Nebennieren handelte.

Behr.

Madison, J. D., A case of brain tumor in a woman seventy-eight years of age. American journal of insanity. Jan. 1903.

Verf. beschreibt den klinischen Verlauf und den anatomischen Befund eines Gliasarkoms bei einer 78jährigen Frau. Der Fall bietet, abgesehen von dem hohen Alter der Patientin, nichts bemerkenswertes.

Behr.

Coriat, Jador H., A contribution to the chemistry of nerve degeneration in general paralysis and other mental disorders. American journal of insanity. Jan. 1903.

Verf. hat bei 34 Fällen, die den verschiedensten psychischen Krankheitsformen angehörten, den Liquor cerebrospinalis, besonders auf seine chemischen Bestandteile hin untersucht. Die Befunde waren sehr wechselnde. Der Gehalt der Cerebrospinalflüssigkeit an Protein war bei der größten Mehrzahl der untersuchten Paralytiker erheblich vermehrt, bei den Alkoholpsychosen war er am geringsten. Bei den übrigen Psychosen war der Proteingehalt bald stärker, bald geringer. Der größte Wert wird auf den Nachweis von Cholin und Liquor cerebrospinal. gelegt. Cholin konnte bei sämtlichen Paralytikern nachgewiesen werden, während die Befunde bei den übrigen Psychosen recht wechselnde waren. Verf. hält den Nachweis des Cholins, als eines Zerfallsproduktes der Nervensubstanz, besonders bezüglich der Differentialdiagnose zwischen organischen und funktionellen Geistesstörungen für wichtig.

Behr.

Ugolotti, Sulla forma del palato negli alienati. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 3.

Verf. hat die Gaumenbildung bei 1000 Schädeln von Geisteskranken aus der Sammlung der Irrenanstalt zu Reggio untersucht. Der Gaumen zeigte, soweit die Bildung des Alveolarbogens in Betracht kam, vorwiegend die hyper- und parabolische, seltener die elliptische (10%), nie die Ypsilonform. Soweit es sich um die Bildung des Gewölbes handelte, hatte Verf. folgende Durchschnittsmaße festgestellt:

Länge, von der Insertion der Schneidezähne bis zur Spina nas. post: 45 mm.

Weite, in der Gegend des ersten Molarzahns: 35 mm.

Höhe, vom Alveolarrand in der Gegend des ersten Molarzahns zur Mittellinie des Gaumens: 12 mm.

Die Formen, wo der transversale Durchmesser größer und der vertikale kleiner war, also die weiten und flachen Gaumen fanden sich nur in 8%: die Spitzbogenform: $45 \times 32 \times 14$ mm machte nur 3% aus. Verf. glaubt nicht, daß die Geisteskranken charakteristische Gaumenbildungen zeigten, die man etwa als Degenerationszeichen ansprechen könnte.

Ganter.

Donaggio, Su speciali apparati fibrillari in elementi cellulari nervosi di alcuni centri dell'acustico. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. fand bei der Untersuchung des Nucleus ventralis des Acusticus von Katze und Kaninchen, daß die Nervenfasern in der Zelle ein feines

Netzwerk bildeten. Mit seiner Färbmethode färbten sich nur die Fasern, während der Kern die Färbung nicht annahm. Die Zellen hatten nur einen Fortsatz, den Achsenzylinder. Besonders zahlreich waren die monopolen Zellen im vordern äußern Teil des Nucleus. Ein Teil ihrer Achsenzylinder trug zur Bildung des Corpus trapezoides bei. Bei einigen Zellen fand Verf. allerdings kurze und dicke Fortsätze, aber die Fibrillenfärbung ließ erkennen, daß das Faserwerk innerhalb der Zelle in keiner Beziehung zu diesen Fortsätzen stand, so daß man wenigstens von einer Monopolarität des Faserapparates reden kann. Die Natur der Fortsätze ist noch nicht ganz klar.

Im Nucleus des Corpus trapezoides fanden sich neben multipolaren ebenfalls monopole Zellen. Was nun das Faserwerk anlangt, so lösten sich die Fasern mehr oder weniger unmittelbar vor den Zellen in zahlreiche Bündelchen auf. In welcher Weise sich diese Bündelchen zu den Zellen verhalten, will Verf. weiterhin noch untersuchen. *Ganter.*

Sergi, Rotazione intorno all' asse longitudinale negli animali con lesioni unilaterali del cervello. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. stellte seine Versuche an Hunden und Kaninchen an. Er bewirkte durch einseitige Kleinhirnverletzungen, daß sich das operierte Tier um seine Längsachse drehte, und zwar bald von der verletzten Seite nach der gesunden, bald umgekehrt. Bei Verletzung des hintern innern Teiles des Hirnschenkels, oder bei Verletzungen, die vorzugsweise das Kleinhirn betrafen, erfolgte die Drehung von der gesunden nach der operierten Seite. Umgekehrt, wenn sich die Verletzung auf den ganzen Hirnschenkel erstreckte. Verf. führt beide Erscheinungen auf Reizung zurück. Je nachdem der Reiz auf der operierten Seite größer ist als auf der gesunden, vollzieht sich die Drehung von der operierten Seite nach der gesunden, und umgekehrt. *Ganter.*

Zeri, Sui rapporti della pressione intracranica e sui fenomeni della compressione bulbare. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1 u. 2.

Verf. stellte unter Zugrundlegung der Methode von *Mosso* an Hunden und teilweise auch an Leichen Versuche über Hirndruck an. Er fand, daß bei Erhöhung des intrakraniellen Druckes der Liquor cerebrospinalis nach der Rückenmarkshöhle entwich. In geringerem Grade wurde auch Raum geschaffen, indem die Venen sich entleerten. Die schweren Folgen des Hirndrucks führt Verf. mehr auf die Anämie des Gehirns, als auf die direkte mechanische Schädigung der Nervelemente zurück.

Weitere Versuche bezweckten die Kompression des Bulbus. Die Eröffnung der Membrana obturatoria und der Erguß des Liquor cerebrospinalis

hatten keine besondere Wirkung auf Kreislauf und Atmung. Bei Kompression der Med. obl. zeigten sich von seiten der Zirkulation hauptsächlich zwei Erscheinungen: Eine Verlangsamung der Herzschläge mit Sinken des Blutdrucks und eine Beschleunigung der Herzschläge mit Steigen des Blutdrucks. Selten wurden Zahl der Herzschläge und Höhe des Blutdruckes unabhängig voneinander befunden. Was die Beeinflussung der Atmung betrifft, so folgten auf Kompression der Med. obl. erst Beschleunigung und Verflachung der Atembewegungen, dann Atmungsstillstand. Es ließen sich also bei Kompression der Med. obl. die gleichen Erscheinungen von seiten der Herzschläge und des Blutdrucks nachweisen wie beim Hirndruck überhaupt, während die Erscheinungen von seiten der Atmung anders ausfielen, wie beim Hirndruck, indem sich fast immer Beschleunigung und Verflachung der Atembewegungen einstellten. Andere hatten bei Hirndruck nämlich in der Regel eine Verlangsamung der Atembewegungen erzielt.

Für einen interessanten Befund hält Verf. den Umstand, daß sich bei Kompression des Bulbus keine allgemeinen Krämpfe bei den manchmal nur leicht narkotisierten Tieren einstellten. Daraus schließt er, daß die von der Verletzung der Med. obl. und ihrer Umgebung ausgehenden Krämpfe eher auf Reflexwirkungen dieser Gegend beruhten, als auf direkter Reizung spezieller Krampfzentren daselbst. Die Nervenzentren der Med. obl. für Herz, Atmung und Gefäße waren immer leicht erregbar. Das hätte auch für das Krampfzentrum gelten müssen, wenn eins da gelegen wäre.

Ganter.

Donaggio, Una questione istofisiologica riguardante la trasmissione nervosa per contatto della terminazione acustica del Held alle cellule del nucleo del corpo trapezoide. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. fand, daß die von *Held* beschriebenen Endigungen des Acusticus nicht als Endapparat, sondern nur als Teil eines reich verzweigten Fibrillensystems angesehen werden können. Einige Neurofibrillen dringen in das periphere Zellstratum ein, so daß an dieser Stelle eine Hervorragung entsteht. Sie lassen sich vollständig von der sie umgebenden Substanz unterscheiden, indem diese nur eine leichte, diffuse Färbung annimmt, während die Neurofibrillen eine lebhaftere Färbung zeigen. Die Neurofibrillen senken sich dann, nach kurzem oberflächlichem Verlauf, in die Tiefe und stoßen auf das endozelluläre Fibrillennetz, in das sie direkt übergehen. Andere Neurofibrillen durchziehen stracks das periphere Stratum, um in den endozellulären Fibrillenapparat einzudringen.

Ganter.

6. Spezielle Pathologie und Therapie.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

Stiehl, Phorseal und seine Bedeutung für die Therapie der funktionellen Neurosen. Wien. klin. Rundschau No. 18.

Phorseal ist ein aus Blut hergestelltes Nährpräparat, das im Magensaft löslich und anscheinend samt dem Eisen resorbiert wird. Dabei ist es billig und appetitanregend. Es erhöht den Hämoglobingehalt des Blutes. Es können Dosen bis zu 30 g pro die ohne üble Nebenwirkungen verabreicht werden. — S. hat das Präparat bei 50 Kranken versucht, und glaubt es bei nervöser Dyspepsie und in allen jenen Fällen von Neurasthenie und Hysterie empfehlen zu können, wo es sich darum handelt, die vitale Energie des Nervensystems zu heben.

Volhard, Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluß an kasuistische Mitteilungen. Münch. med. Wochenschr. No. 24.

V. berichtet unter anderem kurz über einen Fall von Hemiatrophia facialis progressiva bei einem 17jährigen Jungen mit Beteiligung der Gesichtsknochen, über einen Fall von infantilem Myxödem, sporadischem Kretinismus, der durch Schilddrüsentabletten körperlich und geistig in Heilung überging, — und über einen Fall von diffuser Sklerodermie mit Sklerodaktylie.

Fromme, Brucin, Ein neues Gegenmittel bei Morphinismus. Münch. med. Wochenschr. No. 27.

F. ist mit seinen Erfolgen, die er mit Brucinum hydrochlor. bei Morphinisten erreichte, sehr zufrieden. Es ist ein Strychnospräparat, das namentlich die Eigenschaft hat, das Morphin in hohem Grade in Lösung zu bringen.

Gonzales e Pini, Il dormiolo come ipnotico nei malati di mente. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1—2.

Die Verf. wandten bei 71 Kranken (23 M. und 48 Fr.) Dormiol als Schlafmittel an, und zwar in Dosen von 1—4 g, bis zu 40 Tagen. Es zeigte sich nur in den Zuständen leichter Erregung oder Depression wirksam, dagegen ganz unwirksam bei schwerer Manie und ängstlicher Melancholie. Bei der Hysterie wurde Dormiol in gleichen Dosen bisweilen 90 Tage lang mit Erfolg gegeben, allein hier mußte man auch mit der Wirkung der Suggestion rechnen. In den epileptischen Erregungszuständen nutzte es gar nichts. Der Schlaf auf Dormiol war erquickend, aber mit der Zeit gewöhnten

sich die Kranken an das Mittel. Nie wurden Vergiftungserscheinungen beobachtet, es konnte vielmehr bei Leiden, wie Arteriosklerose, Nephritis, Herzfehler, Magen- und Darmstörungen ohne Schaden gegeben werden. Die Verf. empfehlen also seine Anwendung bei nervöser Schlaflosigkeit und den leichteren psychischen Störungen und da, wo wegen körperlicher Krankheit andere Schlafmittel verboten sind.

Ganter.

Weber, Über Versuche mit Veronal. Deutsche med. Wochenschr. No. 40.

W. erklärt das Veronal nach den Versuchen in der psychiatrischen Klinik zu Göttingen für eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes. Namentlich empfiehlt es sich als Beruhigungsmittel bei motorischen Erregungszuständen aller Art, insbesondere den durch Halluzinationen hervorgerufenen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Luther, Veronal. Psych. Neurolog. Wochenschr. 5. Jahrg. No. 28.

Auch Luther (Prov. Pflegeanstalt Neustadt i. H.) preist das Veronal als vorzüglich bei Schlaflosigkeit, indem es einen dem natürlichen gleichen Schlaf erzeugt und ein recht brauchbares Mittel zur Bekämpfung von Erregungszuständen Geisteskranker ist. Giftige Nebenwirkungen bedenklicher Natur sind bisher nicht bekannt geworden. Der Preis ist geringer als der anderer Schlafmittel, da man meist schon mit 0,5 g auskommt.

Raschkow, Veronal, ein neues Schlafmittel. Wien. klin. Rundschau No. 41.

R. veröffentlicht seine Versuche in der I. Wiener Psychiatrischen Klinik. 55 Fälle wurden behandelt. Das Schlußresultat lautet, daß das Veronal ein gutes, zuverlässiges Hypnotikum ist. Frauen haben meist mit 0,5 g genug. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlen anscheinend.

Schneiderlin, Die Skropolomin-Morphium-Narkose. Münch. med. Wochenschr. No. 9.

Sch. erzielt mit gleichzeitiger Injektion von Hyoscin und Morphin in gehöriger Dosis nach $\frac{3}{4}$ —1 $\frac{1}{4}$ Stunden immer eine Narkose mit allgemeiner Anästhesie, welche auch zu größeren Operationen ausreicht. Üble Folgen hat er nie gesehen, namentlich keinen psychischen Shok.

Overluch, Über Chinin und seine Ester. Zentralbl. für innere Medizin. 1901. No. 33.

O. bricht eine Lanze für den Chininester der Salicylsäure, das Salochinin. Er empfiehlt es als schmerzstillendes und heilendes Mittel bei Neu-

ralgien und Neurosen. Es ist geschmacklos und macht auch keinen Chininrausch oder sonstige nervöse Beschwerden. Man nimmt bis zu 2 g pro dosis, event. mehreremal täglich.

Baucke, Bromipin. Psych.-Neurolog. Wochenschr. No. 5. IV. Jahrg.

Das Bromipin hat gewisse Vorzüge vor den übrigen Brompräparaten, schädigt namentlich den Magendarmtrakt nicht, erzeugt keine Bromakne u. dgl. Bei verschiedenen Nervenkrankheiten und Neurasthenie leistet es ausgezeichnete Dienste; bei Epilepsie wirkt es freilich nicht schlechter oder besser als die anderen üblichen Mittel.

Näcke, Zeitungsannoncen von weiblichen Homosexuellen. Archiv für Kriminalanthropol. und Kriminalstatistik 1902. Bd. X.

N. hat im genannten Archiv bereits früher über „Angebot und Nachfrage von Homosexuellen in Zeitungen“ sich ausgelassen, wobei es sich fast ausschließlich um männliche Invertierte handelte. Hier bringt er jetzt eine große Anzahl in wenigen Wochen aus einer Zeitung gesammelte Annoncen, die darauf schließen lassen, daß Inversion auch beim weiblichen Geschlecht sehr häufig vorkommt.

Fischer und v. Mering, Über eine neue Klasse von Schlafmitteln. Therapie der Gegenwart. H. 3.

Verff. untersuchten die Harnstoffderivate in ihrer Eigenschaft als Schlafmittel. Säure und Amide sind wirkungslos. Die Harnstoffgruppe allein genügt nicht, sie muß kombiniert sein mit einem Reste, der mehrere kohlenstoffreiche Alkyle enthält. Die weiteren chemischen Erläuterungen gehören nicht hierher. Am brauchbarsten als Schlafmittel ist der Diäthylmalonylharnstoff, jetzt Veronal genannt. Die Dosis 0,5 genügt meistens, über 1,0 braucht man nicht zu gehen.

Köbisch, Über Rheumasan. Deutsche med. Wochenschr. No. 38.

Das Salicylpräparat in Salbenform empfiehlt K. nicht nur bei rheumatischen Affektionen. Auch bei Tabesfällen mit lanzinierenden oder permanenten Schmerzen, bei Polyneuritis alcohol., Neuralgien, besonders der großen Nervenstämmе, sah K. gute Erfolge.

Cassirer, Tabes und Psychose. Karger, Berlin 1903. 124 S.

Daß Überanstrengung gewisser spinalperipherer Abschnitte des Nervensystems bei syphilitischer Ätiologie Tabes bedingt, daß solche gewisser zerebraler resp. kortikaler Abschnitte bei gleicher Ätiologie Paralyse erzeugt, — dies zu behaupten oder zu einer ähnlichen Behauptung haben wir zurzeit

K*

nicht das geringste Recht. Für beide Affektionen ist aber ätiologisch die Lues jedenfalls von großer Wichtigkeit. Die Gleichheit dieses ätiologischen Momentes verbürgt nicht die Identität der beiden Krankheitsbilder. Nach den bisherigen Untersuchungen in ätiologischer, anatomischer und klinischer Hinsicht glaubt C. den Beweis noch nicht für erbracht, daß es sich bei Tabes und Paralyse um identische Prozesse handelt. Die Tabes verläuft bald mit, bald ohne psychische Störungen, die Paralyse bald mit, bald ohne Hinterstrangsveränderungen. Auch steht noch nicht fest, ob nicht die Hirnrinde bei alten Tabesfällen ebenfalls mitbeteiligt ist, auch bei Abwesenheit von psychischen Störungen. C. bespricht dann das Vorkommen von Psychosen bei Tabes. Den Schluß bildet ein ausführlicher Literaturüberblick.

Gaupp, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Zentralbl. für Nerv. und Psych. No. 167.

Wenn man geistige Erkrankungen nicht nur nach augenblicklichen Symptombildern, sondern nach Ursache, Symptom, Verlauf und Ausgang abgrenzt und benennt, so sind kombinierte Psychosen nicht allzu häufig. Kombinationen von affektiven Psychosen und paranoischen Erkrankungen gibt es nicht. Die Verbindung angeborenen Schwachsinn oder der Entartung mit erworbenen Geisteskrankheiten kommt vor. Durch verschiedene Gifte (Alkohol, Morphin etc.) können bei Schwachsinnigen und Geisteskranken komplizierte Krankheitsbilder erzeugt werden. Auch gibt es Kombinationen von angeborener Schwäche und erworbenen Psychosen mit seniler und arteriosklerotischer Herderkrankung. Von „kombinierter Psychose“ dürfen wir also dann sprechen, wenn sich entweder zu angeborenen Anomalien Geistesstörungen als erworbene Prozesse hinzugesellen oder wenn eine Geisteskrankheit durch andere, manchmal mehr zufällige Hirnschädigungen (Alkoholvergiftung, Blutgefäßerkrankung, senile Rindenveränderung) kompliziert und in ihrem klinischen Bilde und Verlauf verändert wird.

Heilbronner, Über Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrb. für Psych. und Neurol. No. 23.

H. bringt hier 13 neue Fälle von krankhaftem Wandertrieb. Er kommt zu dem Schluß, daß es sich selten um Epilepsie, häufiger um Hysterie handelt; in den meisten Fällen aber handelt es sich um keine dieser beiden Krankheiten, sondern um eine krankhafte Reaktion degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Zustände. Die letzteren können autochthone Verstimmungen (nicht epileptischer Natur) sein. Sie können aber auch durch an sich unbedeutende äußere Momente ausgelöst sein. Die Tendenz zum Entweichen kann habituell und dann auf immer geringere Anlässe hin wirksam werden.

Fuchs, Zwei Fälle von sexueller Paradoxie. *Jahrb. für Psych. und Neurol.* Bd. 23.

Im ersten Fall handelt es sich um ein Kind von zwanzig Monaten, das bereits seit einem Jahr Erektionen hat und masturbiert, ohne daß eine lokale Ursache vorhanden wäre. Im zweiten Fall versuchte ein 5½jähriges Mädchen auf öffentlichem Platze ein anderes Mädchen ad genitalia zu betasten. Daran gehindert, masturbierte es coram publico. Wie nachher herauskam, hatte das Dienstmädchen mit diesem Kinde seit zwei Jahren mutuelle Masturbation getrieben.

Berze, Über das Primärsymptom der Paranoia. Halle a. S. Karl Marhold. 57 S.

B. beschäftigt sich hier nur mit der chronischen Paranoia, indem er sich psychologisch an die Lehren *Wundts* hält. Er findet im Anfangsstadium der Krankheit eine gewisse Überempfindlichkeit gegen äußere Reize, eine gewisse psychische Hyperästhesie im Sinne der Auslösung von Unlustgefühlen durch die Aufmerksamkeit erregende Vorgänge, die weder durch den Inhalt, noch durch die Art, wie sie die Aufmerksamkeit erregen, bei Gesunden Unlustgefühle erregen würden. Die Affektstörungen sind erst Folgeerscheinungen des Reizes, welchen neue Eindrücke ausüben. Die letzte Ursache der Affektstörungen ist eine Störung der Apperzeption, insbesondere der passiven Apperzeption. Diese letzte Störung liegt der Paranoia zugrunde. Dafür spricht nach *B.* die im Anfang bestehende Zerstreuung, ähnlich einem Ermüdungszustande. Auch die Unlust zur Arbeit ist Folge einer Störung der Apperzeption, ebenso die Gereiztheit.

Es handelt sich ferner um eine Störung, welche bewirkt, daß die Apperzeption gleichsam unter Überwindung von Hindernissen vor sich geht, und daß der Vorgang der Apperzeption dem Kranken gelegentlich in Unlust erregender Weise fühlbar wird. Diese Störung führt zunächst das Gefühl des Erleidens im Anschlusse an die passive Apperzeption herbei. Ferner zieht sie das Ausbleiben einer Reihe von Apperzeptionsakte, die beim Gesunden anstandslos vor sich gehen, nach sich, worauf die Kritiklosigkeit der Paranoiker beruht. Drittens führt diese Störung dazu, daß das Sinken bewußt gewordener Inhalte unter die Schwelle des Bewußtseins behindert, verzögert wird. *B.* folgert dann weiter, daß das Gefühl des Erleidens den Wahn des Geschädigtwerdens begründet. Die Behinderung apperzipierter Inhalte unter die Schwelle des Bewußtseins zu sinken, im Verein mit der Beschränktheit des Bewußtseinsinhaltes zum „Zwange zu fehlerhaften Beziehungen“. Wenn das Gefühl des Erleidens dabei mitwirkt, kommt es zur „fehlerhaften Eigenbeziehung“ (*Neisser*). Auf dem Wege der fehlerhaften Eigenbeziehung kommt es gelegentlich dazu, daß sich aus dem Wahn des Geschädigtwerdens der Wahn des Verfolgtwerdens entwickelt. Der Größenwahn geht, infolge Wegfalls

der beim Gesunden durch die Kritik bewirkten Hemmung, aus seiner physiologischen Grundlage hervor. Halluzinationen sind häufige, aber unwesentliche Symptome der echten Paranoia. Die Paranoiker leiden an einem distinkten psychischen Defekt, nicht aber an Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne des Wortes.

Phleps, Psychosen nach Erdbeben. Jahrb. für Psych. u. Neurol. Bd. 23.

Verf. fand nur zwei Fälle von Psychosen nach Erdbeben in der Literatur Europas (*Bälz* u. *Atlasoff*). Die sog. Erdbebenkrankheit (Schwindel, Kopfschmerzen, Neigung zum Erbrechen) ist häufig beobachtet worden. Verf. ver fügt über fünf hierhergehörige Fälle, herrührend von den Erdbeben in der Gegend von Krain und Südsteiermark 1895. Drei von diesen Fällen beschreibt er hier. In zwei Fällen bestand eine schwere Angstneurose mit schreckhaften Gesichtshalluzinationen namentlich nachts. Zwei Kranke boten das Bild einer traumatischen Neurose, und im letzten Fall bestanden seit dem Erdbeben Zwangsvorstellungen ängstlichen Inhalts. Alle Kranken klagten über Kopfschmerzen, hartnäckige Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit.

Shuzo Kure, Geschichte der Psychiatrie in Japan. Jahrb. für Psych. u. Neurol. Bd. 23.

Auf diese Geschichte sei hier nur kurz hingewiesen; sie enthält viel Interessantes. Sie beginnt mit 702 n. Chr. Geb. und endet mit der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Die Japaner erhielten ihre medizinische Wissenschaft zuerst von China, zunächst, schon vor Christi Geburt, über Korea. *Kure* bespricht vor allem die Therapie. Bereits im achten Jahrhundert war für gewisse Geisteskranke die Stellung eines Pflegers gesetzlich vorgeschrieben. Von Interesse ist auch, daß man seit einigen Jahrhunderten bereits bei Kioto ein Dorf hatte, wo Geisteskranke sich vorübergehend oder dauernd niederließen, oder in Familie aufgenommen wurden, eines dort befindlichen Tempels wegen. Noch jetzt befinden sich dort Privatirrenanstalten. *Kure* verspricht in einem späteren Artikel die Geschichte der Psychiatrie der Neuzeit in seinem Vaterlande zu schreiben.

Stransky, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. Jahrb. für Psych. u. Neurol. Bd. 24.

St. zerlegt das Seelenleben in eine Thymopsychie und Noopsychie, die Gemütsseite und intellektuelle Seite. In unserem Vorstellungsleben stehen adäquate Gefühle und Empfindungen bloß in enger assoziativer, aber nicht in unlösbarer Verbindung. Es kann zu einer Dissoziation innerhalb der noopsychischen oder der thymopsychischen Assoziationen, aber auch zu Störungen in den Beziehungen zwischen Noo- und Thymopsychie kommen.

also zu einer Dissoziation der beiden seelischen Sphären. Es kann auch die ganze Koordination zwischen beiden gestört sein. Bei normalem Seelenleben deckt sich Affekt- und Vorstellungsinhalt. Bei Kranken ist der Affekt mitunter dem Vorstellungsinhalt direkt entgegengesetzt, oder das Ausmaß der Affektäußerung steht in keinem Verhältnis zur Vorstellung. Das Zustandsbild der hierhergehörigen Kranken gleicht mehr einer Ataxie, d. h. einer Störung oder Unterbrechung in der normalen physiologischen Koordination zwischen Noo- und Thymopsyche. Der Endeffekt der Ataxie ist Lähmung. So kommt es zu Demenz, wenn die Noopsyche seitens der Thymopsyche fehlerhaft innerviert wird. Besteht die Dissoziation zwischen Vorstellungsinhalt und Gefühlsbetonung bereits in den Anfangsstadien, so ist die Prognose meist schlecht. Differentialdiagnostisch verwerten läßt sich gegen Hysterie, daß die Verblöden kein Interesse für die Außenwelt zeigen, der Hysterische umgekehrt in seinem Innenleben sehr suggestibel ist. Verf. will nicht alle sekundär Blödsinnigen der Dementia praecox zurechnen.

Vaschide et Vurpas, Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques. Paris, Masson et Cie.

Die Verfasser haben hier zusammengestellt, was von den Alten ausgehend bis zur Neuzeit die bekannten Autoren über das Delirium gesagt haben. Sie geben Definition, Genese, Einteilung etc. des Deliriums mit den eigenen Worten der betr. Autoren, um völlig neutral zu bleiben. Der Leser soll sich ein eignes Urteil über die Autoren bilden können. Auch die deutsche Literatur ist in reicherm Maße herangezogen. Die Verf. kommen zu dem Schluß, daß man sich bisher meist begnügt hat, zu beschreiben, zu klassifizieren, aber nicht psychologisch zu erklären gesucht hat. Das Delirium ist eine efflorescence d'une activité psychologique subconsciente, qui existe, au même degré, dans ses éléments fondamentaux à l'état normal et à l'état morbid. Während aber der geistig Gesunde die immerwährend en masse auf ihn einströmenden neuen Eindrücke, aufgeweckte Erinnerungen etc. beherrscht, das Neue mit dem Alten vergleicht, verknüpft etc., tut dies der Kranke nicht. Der Gesunde hat ein bestimmtes Ziel im Auge, der Kranke hat dies verloren. Die Assoziationsfähigkeit hat gelitten. Die Assoziationen bedürfen des weiteren Studiums, um das Delirium psychologisch zu erklären. Die psychologischen Prozesse sind im übrigen bei normalen und deliranten Menschen die selben; es handelt sich nur um quantitative Unterschiede. Von der experimentellen Psychologie erwarten Verf. allein die Lösung der Deliriumfrage.

Meyer, Beitrag zur Kenntnis der nicht paralytischen Psychosen bei Tabes dorsalis. Monatsschrift für Psychol. und Neurol. Bd. XIII.

M. stellt 110 Fälle aus der Literatur zusammen, denen er 30 weitere anreihen kann. Er scheidet dann alle zweifelhaften oder nicht sicher be-

obachteten Fälle aus und verfügt dann über 56 einwandfreie Beobachtungen. bei denen neben einer typischen Tabes die bestehende Psychose sicher nicht paralytisch war. In 21 Fällen handelt es sich darunter um Paranoia hallucinatoria, in 14 Fällen um depressive Psychosen (Hypochondrie, Melancholie). Der Rest verteilt sich auf die übrigen nicht paralytischen Psychosen ungefähr gleichmäßig. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 22 und 62 Jahren. die größere Mehrzahl betrifft das dritte und vierte Dezennium. Es sind darunter 37,5% Frauen. Tabeskranken Frauen erkrankten relativ leichter psychisch als Männer. Die Angabe von *Moeli*, daß der n. opticus und die Augenmuskelnerven am tabischen Krankheitsprozeß im Verlauf der nicht paralytischen Psychosen bei Tabes häufig beteiligt sind, bestätigt *Meyer*. Einen engeren Zusammenhang des Rückenmarksprozesses und der Psychose konnte er auch nicht konstatieren.

Oppenheim, Über Hyperaesthesia unguium. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. XIII.

Es handelt sich um zwei Fälle von angeborener und ein Fall von erworbener Hyperaesth. unguium. Im letzten Fall handelte es sich um eine Hysterische.

Specht, Beitrag zur klinischen Bedeutung und Pathogenese des Babinskischen Reflexes. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. XIII.

S. benutzte zu den Nachprüfungen des gen. Reflexes 17 Fälle mit klinisch nachweisbarer, 22 Fälle mit fraglicher Pyramiden-Seitenstrangerkrankung. 30 Säuglinge im Alter von 1—14 Tagen, ein epileptisches Koma und eine hysterische Lähmung der Beine. Die weiteren 359 Untersuchungen betrafen Individuen mit organisch gesundem Zentralnervensystem. Bei den ersten 17 Fällen trat der Bab. Reflex jedesmal auf, bei den 22 unsicheren Fällen 8mal, bei den 30 Säuglingen in 28 Fällen. Bei dem epileptischen Koma war es vorhanden, bei dem hysterischen nicht. Bei den 359 Leuten mit anscheinend gesundem Nervensystem in 4%. *S.* schließt daher: Der Großzehenreflex kann bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems als ein zuverlässiges Symptom der Pyramidenbahndegeneration angesehen werden. In jenen Fällen, in denen eine organische Erkrankung nicht besteht, ist es wahrscheinlich der Ausdruck einer funktionellen Schädigung der Pyramidenbahn.

Bumke, Scopolaminum (Hyoscinum) hydrobromicum. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. XIII.

Die Versuche in der Freiburger Psychiatrischen Klinik fielen sehr zugunsten des Präparates aus; meist genügte $\frac{1}{2}$ mmg., über $1\frac{1}{2}$ mg wurde nie gegeben. Üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, auch nicht Kachexie nach längeren Gebrauch. Immer subkutan.

Berkley, Hydrocephalus internus in the adult. The amer. journ. of insan. No. 2.

Der erste Fall betrifft einen Mann in mittleren Jahren, der mit Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit und Erbrechen erkrankt, dann Apathie, Abducenslähmung, Pulsverlangsamung, Pupillenträgheit epileptiforme Konvulsionen zeigt. Später Lähmung aller vier Extremitäten, völlige Erblindung. Statt des erwarteten Hirntumors fand sich ein Hydrocephalus bedeutenden Grades. — Im zweiten Fall handelt es sich um eine Epileptische ohne Augenerscheinungen, die rasch verblödet, keine Gewalt mehr über ihre Glieder hat und in häufige stundenlang dauernde Bewußtlosigkeit verfällt, unabhängig von epileptischen Konvulsionen. Diese Zustände dauerten bis zu 15 Stunden. Die Sektion ergab einen Hydrocephalus höheren Grades, dessen Ursache unbekannt blieb.

Spielmeier, Klinische Erfahrungen mit Veronal. Zentralbl. für Nerv. u. Psych. August.

Sp. berichtet aus der Freiburger Psych. Klinik. Auch hier sind die Resultate sehr günstig. Katatonische Erregungszustände werden auch von Veronal wenig beeinflußt. Unter Umständen tritt Gewöhnung an das Mittel ein. Einige Menschen haben eine Intoleranz; sie leiden danach an protrahierter Schläfrigkeit, ihre Bewegungen werden unsicher.

v. Bechterew, Über krankhafte Angst professionellen Charakters. Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. Juni.

Verf., der bereits mehrfach auf Angstzustände bei verschiedenen Berufsarten hingewiesen hat, schildert hier einen neuen Zustand, welchen er mit „Sakramentsangst“ bezeichnen will. Im übrigen gesunde Geistliche geraten in geringere oder größere Angst, wenn sie das Sakrament erheben oder tragen müssen. Sie haben dabei das Gefühl der Unsicherheit in Arm und Bein, geraten in Zittern und dergl. Der Zustand kann dauernd und so belästigend werden, daß die betr. Geistlichen den Beruf wechseln müssen. v. B. hat mehrere derartige Fälle in Rußland beobachtet.

v. Bechterew, Über Störung des Zeitgefühls bei Geisteskranken. Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. Oktober.

Verf. bringt einige Krankengeschichten, um zu zeigen, wie bei gewissen Geisteskranken das Zeitgefühl gestört ist. Größere oder kleinere Zeiträume werden für sehr viel kürzer gehalten, als sie wirklich sind. — während in anderen Fällen der Zeitraum viel zu groß taxiert wird. Es handelt sich in den Fällen um primär, also nicht wahnhaft bedingte Störung des Zeitgefühls.

Schultze, Ernst, Ophthalmoplegia interna traumatica. Zentralbl. f. Nerv. und Psych. Januar.

Der betr. Kranke erleidet durch Sturz einer schweren Schale auf den Kopf wahrscheinlich einen Schädelbruch. Danach links Pupillenstarre. Die andauernd weite Pupille reagiert weder auf Lichteinfall, noch auf Akkomodation, noch auf Konvergenz. Also eine isolierte Lähmung des muscul. cil. und des muscul. sphinct. iridis. Daran anschließend allmähliche Verblödung unter dem Bilde der allgemeinen Paralyse mit Verlust der Reflexe, ausgesprochener Sprachstörung. Ob wirkliche Paralyse vorlag, muß unentschieden bleiben; die Sektion wurde nicht gemacht. Bei Paralyse ist eine Lähmung des inneren Auges selten. Bestimmte Abschnitte des Okulomotoriuskernes sind wahrscheinlich erkrankt gewesen.

Bonhoeffer, Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes Zustandsbild. Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. Januar.

Der 57jährige, seit einigen Jahren psychisch Erkrankte bot im wesentlichen das Bild eines Katatonikers im Spätstadium. Nicht in das Bild paßte eine Desorientiertheit im Sinne einer zeitlich weit zurückliegenden Situation und ein retrograder Gedächtnisausfall. Pat. glaubte sich versetzt in den Feldzug von 1870; für die Ereignisse seitdem, also für die letzten 30 Jahre, hatte er fast keine Erinnerung. Er hatte auf dem linken Parietalbein eine deutliche Depression und darüber eine druckempfindliche Hautnarbe. Im übrigen bestanden einige unbedeutende Lähmungserscheinungen. Die etwa drei Jahre nach Beginn der Psychose vorgenommene Trepanation, wobei Pia und Gehirn nicht herdartig affiziert gefunden wurden, hatte den Erfolg, daß Pat. geistig klar wurde und blieb, aber seitdem an etwa vierteljährlich auftretenden epileptischen Krampfanfällen leidet. — Die Psychose wird man zur Gruppe der traumatischen Hysteroepilepsie rechnen müssen.

Weil, Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Halle a. S. Carl Marhold. 18 S.

Bisher lassen nur 80% der Hirngeschwülste eine sichere Lokaldiagnose zu, und 32% sind so gelegen, daß sie sicher lokalisierbar und gleichzeitig chirurgisch angreifbar sind. Die Zahl der für die Operation günstigen Fälle schrumpft dann noch auf 8%, nach anderen auf 6% zusammen. Die Eröffnung des Schädels zwecks Behandlung der Hirngeschwulst ist ein gefährlicher Eingriff. Die Mißerfolge sind sehr groß. Oppenheim berechnet die Mortalität auf 37,7%. Die Berechtigung des chirurgischen Eingriffes ist trotzdem nicht zu bestreiten. Man soll aber zur Operation nicht drängen, nur raten! Eine sichere Allgemein- und Lokaldiagnose ist vorher zu verlangen. Nicht alle Tumoren eignen sich zur Operation. Ist die ganze Geschwulst nicht zu entfernen, so nimmt man einen Teil. Das setzt den Hirndruck herab, bessert unter Umständen die Fernwirkung des Tumors und dergl.

Das Allgemeinbefinden muß gut sein. — Am meisten wurde operiert wegen Tumor der Zentralwindungen. In bezug auf die Möglichkeit der richtigen Lokaldiagnose folgen dann: Geschwulst des linken Stirn- und Schläfelappens, des rechten Stirnlappens, des linken unteren Scheitellappens, der Hinterhauptslappens, des rechten Scheitellappens. W. bespricht dann die palliative Trepanation und ihren Nutzen. Man soll mit dieser nicht zu lange warten. Auch kann man mit derselben die Ventrikelpunktion verbinden. Der geeignetste Ort zur Trepanation ist der rechte Parietallappen resp. Schläfelappen bei Rechtshändern. Für die Bestimmung der dem Tumorsitze entsprechenden Schädelstelle führt W. das *Chipaultsche* Verfahren an.

Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. Halle 1903. Carl Marhold. 119 S.

Verf. weist in seiner Studie zunächst darauf hin, daß katatonische Symptome bei den verschiedensten Geisteskrankheiten vorkommen, namentlich auch bei Paralyse, — wie andererseits allerlei Lähmungserscheinungen auch bei Dementia praecox vorkommen können. Letztere zeigt mitunter geradezu paralytische Zustandsbilder, wofür J. einige schöne Beispiele beibringt. Daher legt *Kraepelin* auch den einzelnen Symptomen an sich keine große Bedeutung bei. J. glaubt, daß die Ausdehnung der Dem. praecox vor allem auf Kosten „hysterischer“ Zustandsbilder, auf Kosten der Stimmungsanomalien, der Paranoia, der Amentia resp. der Erschöpfungspsychosen vor sich gehen muß. Katatonische und hysterische Symptome sind innerlich verwandt, doch sind beide Psychosen nicht wesensgleich. Hysterische Psychosen führen nicht zur Verblödung. Daß auch gewisse Krankheitsbilder des Klimakterium eine gewisse Verwandtschaft mit Katatonie nicht verleugnen können, zeigen die beigebrachten Krankengeschichten. Schwer ist oft die Abgrenzung der Dem. praecox von dem manisch-depressiven Irrsinn, den Stimmungsanomalien und der Paranoia. J. warnt vor zu radikaler Trennung zwischen Verstands- und Gemütsstätigkeit. Er glaubt ferner, daß Amentia doch häufiger ist, als *Kraepelin* annimmt. Mit Recht verlangt er, mit dem Ausdruck „verwirrt“ etwas vorsichtiger zu sein.

Sommer, Zur Kenntnis der Pseudoparesis spastica. Wiener klin. Rundschau No. 39.

Es handelt sich um einen 47jährigen Barbier, der nach Sturz auf Rücken und Hinterkopf an dem genannten Leiden erkrankt, — und um einen 33jährigen Maler, der nach heftigem Ärger die Krankheitssymptome der Pseudoparesis spastica zeigt. Der erste Fall entspricht mehr dem Bilde der *v. Kraft-Ebingschen* Pseudoparesis spastica, der zweite mehr der *Fürstner-Nonneschen* pseudospastischen Parese mit Tremor. Nur fehlt der schon in der Ruhelage vorhandene starke Tonus der Muskulatur. S. glaubt seine Fälle der Hypochondrie zuzählen zu müssen.

Krause, Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall. Berliner klin. Wochenschr. 1901 No. 20—22.

Kr. bringt drei Fälle, von denen zwei zur Operation kamen. In einem dritten Fall wurde die Diagnose durch Sektion bestätigt. Die Segmentdiagnose hat in den drei Fällen sich glänzend bewährt.

v. Muralt, Über moralisches Irresein. München 1903. Verlag von Ernst Reinhardt. 30 S.

Nach einem historischen Überblick über Moral insanity, und einer psychologischen Definition und Erklärung des moralischen Schwachsinn und der moralischen Idiotie, macht v. M. von neuem den Versuch, zu beweisen, wie unrecht es ist, die verbrecherischen moralisch Schwach- und Blödsinnigen, soweit sie nicht intellektuell sehr geschwächt sind, also ins Irrenhaus gehören, mit Gefängnis zu bestrafen. Sie gehören in agrikole Anstalten oder Kolonien, und zwar so lange, bis ihr Zustand die Garantie bietet, daß sie die Gesellschaft nicht mehr schädigen werden. Was mit den erwachsenen moralisch Irrsinnigen geschehen soll; die nicht Verbrecher sind, weiß Verf. auch nicht anzugeben. Mit Recht fordert er aber, daß man diesen Unglücklichen bereits während der Kinder- und Entwicklungszeit mehr Aufmerksamkeit schenkt, namentlich sucht, das Leiden frühzeitig zu erkennen. Letzteres ist Aufgabe der Ärzte. Sache des Pädagogen ist es dann, das betr. Kind in geeigneter Schule und Anstalt individuell zu erziehen. Daß bei rechtzeitiger Erkenntnis des Leidens und geeigneter Behandlung noch viel zu machen ist, beweisen die Resultate der Zwangserziehungsanstalt Elmira im Staate New-York und des Dr. Barnardo in London.

Levi-Bianchini, Sull' età di comparsa e sull' influenza dell' ereditarietà nella patogenesi della demenza primitiva o precoce. Riv. speriment. di freniatria. Vol. XXIX.

Verf. zieht die Bezeichnung Dementia primitiva der Dem. praecox vor. eventl. möchte er auch Dem. originaria vorschlagen. Er verfügt über 230 Beobachtungen. Die Katatonie möchte er nur als Episode bei Hebephrenie oder Dem. paranoides ansehen. Er teilt seine Fälle in 139 Hebephreniker, 34 Dem. cataton. und 59 Dem. paranoides. Die meisten Erkrankungen fielen in das 20—25. Lebensjahr, dann 15—20. Der jüngste Kranke war 13, der älteste 56 Jahre alt. Die Hebephrenie ist die Krankheit der Pubertät und des Jünglingsalters, die paranoide Form die Erkrankung der Erwachsenen. 24% der zeitigen Bevölkerung der Anstalt litten an Dem. praecox, Männer und Weiber so ziemlich gleichmäßig. In 59% bestand Erbllichkeit, Männer und Weiber ebenfalls ungefähr gleich. 90% der Kranken waren vor Beginn der Psychose geistig gesund; 24% galten von Kindheit an für geistig beschränkt.

Rosenbach, Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung.
2. Auflage. Berlin, Kornfeld 1903.

Die jetzt vorliegende Sammlung ist um das Doppelte vergrößert. Sie enthält jetzt noch die Abhandlung *R.s.*: Über Nervosität und ihre Behandlung — Über die diagnostische Bedeutung und Behandlung funktioneller Myopathien — Über myogene Pseudostenokardie — Über zerebrales Asthma und Alldruck — Über psychische Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Herzkrankheiten — Zur Pathogenese und Therapie der sog. *Fissura ani* — Die Emotionsdyspepsie — Die Magensonde als Mittel lokaler und psychischer Therapie — Kritische Bemerkungen zur Lehre von der Hypnose.

Bickel, Über akute zerebrale Ataxie. Münch. med. Wochenschr.
No. 5.

Es handelt sich um einen 64jährigen Mann, welcher plötzlich unter Schwindel, ohne Bewußtseinsverlust, an linksseitiger Hemiataxie mit Sensibilitätsstörungen ohne die geringsten paretischen Erscheinungen erkrankt. Bereits nach vier Monaten waren die Krankheitserscheinungen nahezu wieder geschwunden.

Schultze, E., Bonn, Über Psychosen bei Tabes. Münch. med.
Wochenschr. No. 49.

An der Hand von zwei Krankengeschichten weist *Sch.* von neuem darauf hin, daß ja Geistesstörung bei Tabes meist Paralyse ist, — aber doch nicht immer. In seinen Fällen handelt es sich um Melancholie und Dem. praec. paranoides. Tabes war sicher vorhanden. In vielen Fällen kann man für die funktionelle Psychose bei Tabes eine bestimmte Ursache verantwortlich machen, wie Potus, Tuberkulose oder dgl. Die Tabes kann sich auch erst im Verlauf der geistigen Erkrankung entwickeln. In den beiden Fällen handelt es sich um eine zufällige Kombination, die sicher nicht allzu häufig ist.

De Buck, Un cas de tabes compliqué des mouvements choréiques
et de paranoia. Bull. de la Soc. de Méd. Mentale de Belg.
Octobre.

Der 37jährige Gärtner ist erblich nicht belastet, kein Trinker, doch starker Raucher. Vor 15 Jahren Lues. Verheiratet, keine Kinder. Seit etwa fünf Jahren lanzinierende Schmerzen in allen Extremitäten, Gürtelgefühl, Verlust der Patellar-, Plantar- und Achillessehnenreflexe. Ataxie der Extremitäten. Sensibilitätsstörungen etc. Blasenstörungen. Vor einem halben Jahr Apoplexie mit Aphasie. Seitdem choreiforme Bewegungen in Extremitäten, in den Beinen mehr als in den Armen. Bei Nacht Ruh-

bis dahin geistig gesunde Mensch ist seitdem geistig geschwächt, glaubt sich verfolgt, vom Teufel besessen, der auch die Bewegungen macht. Nebenbei behauptet Pat. in direkter Verbindung mit dem Herrgott zu stehen, der ihm Befehle erteilt etc. Nach einigen Wochen neuer apoplektischer Anfall mit Exitus letalis. Die Autopsie ist unterblieben.

Hey, Zur Kasuistik der Myasthenia gravis pseudoparalytica. Münch. med. Wochenschr. No. 43. 44.

H. bespricht ausführlich, namentlich nach der elektro-diagnostischen Seite hin, zwei Krankheitsfälle. Bei dem einen handelte es sich um eine 40jährige Frau, die seit ca. 8 Jahren an Myast. gr. pseud. leidet, anscheinend im Anschluß an eine starke Erkältung, — im andern Fall um eine 27jährige Frau, wo das Leiden auf längere Überanstrengung zurückgeführt wurde; sie ist jetzt seit etwa zwei Jahren krank. In beiden Fällen begann das Leiden in den unteren Extremitäten; erst viel später traten bulbäre Erscheinungen hinzu.

Apelt, Nystagmus bei Unfallnervenkranken. Ärztl. Sachverst. Ztg. No. 6.

Kurze Beschreibung von vier Fällen von Nystagmus im Anschluß an Trauma capitis. Der Nystagmus war auf beiden Augen in gleicher Stärke vorhanden; in zwei Fällen war er dauernd, nahm zu beim Fixieren von Objekten, besonders wenn die Blickrichtungen von der sagittalen Richtung abwichen; bei den beiden anderen Fällen trat der Nystagmus nur im letzteren Falle auf. Stets rief er dann subjektiv das Gefühl leichten Schwindels hervor. Drei von den Kranken litten an Unfall-Hysterie. Zeichen von organischer Nervenkrankung fehlten. In den drei Fällen mit Hysterie macht A. letztere für den Nystagmus verantwortlich; die Ursache im vierten Fall blieb dunkel. Der Betreffende war Potator.

Näcke, Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. Jahrb. für sex. Zwischenstufen. Bd. 1.

N. hat bereits früher nachgewiesen, daß alle sexuellen abnormen Praktiken im Irrenhaus meist viel seltener sind, als der Laie glaubt. In den unteren Volksschichten ist wahre Homosexualität ganz abnorm selten. Inversion ist bei den schwer Entarteten sehr selten. Onanie erzeugt wohl kaum je Homosexualität. N. bringt jetzt drei Fälle von homosexuellen Handlungen und fünf Fälle von Exhibitionismus, die psychologisch dunkel und interessant sind. Näher kann hier darauf nicht eingegangen werden. N. erkennt in den meisten Fällen von Exhibitionismus nur eine Abart von Sadismus.

Haug, Menièresche Erkrankung — Betriebsunfall. Ärtzl. Sachverst. Ztg. No. 5.

Es handelt sich um einen 42jährigen Bediensteten eines Elektrizitätswerkes, der während eines dreitägigen Schneesturmes im Freien arbeiten mußte, sich hochgradig erkältete, infolgedessen er sehr schnell das Gehör auf beiden Seiten verlor unter hochgradigen, sich hier und da wiederholenden Schwindelanfällen sowie Ohnmachtsanwandlungen. Heilung fand nicht statt.

Moser, Trauma und Psychose. Ärtzl. Sachverst. Ztg. No. 5.

Es handelt sich um einen Fall von Paralyse, die durch Sturz auf den Kopf entstanden sein soll. Das Schiedsgericht erkennt den ursächlichen Zusammenhang an, obgleich einige Zeugen angaben, daß der betr. Kranke bereits vor dem Unfall allmählich geistig abgenommen hatte. — In einem anderen Falle erkrankte ein 42jähriger Mann im Anschluß an eine Operation in Narkose bei einem alten Fußleiden an Paralyse, woran er auch zugrunde ging. Die Familie behauptete, ein einige Tage vor der Operation erlittener Unfall — Rippenfraktur durch Sturz — sei für die Paralyse verantwortlich zu machen, wurde aber gerichtlich abgewiesen. — Im letzten Fall handelt es sich um einen 65jährigen Mann, der nach Kopfverletzung sehr rasch verblödet und stirbt. Der Sektionsbefund ergab, daß die senilen Veränderungen im Gehirn schon lange Zeit vor dem Unfall begonnen hatten.

Türkel, Sexualpathologische Fälle. Arch. f. Kriminalanthropol. und Kriminalistik. Bd. XI. S. 214.

Es handelt sich um je einen Fall von Mixoskopie und symbolischen Sadismus. Der Sadist hat nur Wollustgefühl, wenn der Koitus mehr oder weniger ein Notzuchtsakt ist. In einem dritten Fall handelt es sich um einen Detektiv, welcher nur Wollustgefühl mit Ejakulation etc. hatte, wenn er erschreckte Gesichter sah. Deshalb beschuldigte er schließlich unbescholtene Damen des Diebstahls, — um sich sexuell zu erregen.

Jolly, Über Flimmerskotom und Migraine. Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 42—43.

J. beschreibt ausführlicher, mit Abbildungen, die Erfahrungen, welche er an seinem eigenen Auge gemacht hat. Das Skotom zeigt einen, in gesetzmäßiger Weise sich wiederholenden Erregungsvorgang in bestimmten optischen Elementen, in welchen gleichzeitig eine Unterbrechung der Leitung eintritt, die sich durch den im Bereiche sowohl des initialen Schattens, wie der späteren Lichtfigur bestehende Ausfall des Sehvermögens zu erkennen gibt. Was die Stelle der optischen Bahn anbetrifft, wo diese subjektive Gesichterscheinung zustande kommt, so kommt *Jolly* zu folgendem Schluß:

1. daß das Flimmerskotom in seiner häufigsten, hemioptischen Form aller Wahrscheinlichkeit nach nicht im großen Gehirn, jedenfalls nicht in der Rinde zustande kommt, sondern in den primären optischen Bahnen und zwar im Tractus opticus oder in der Gegend des Corpus geniculatum externum;

2. daß die binokularen zentralen und die, die Mittellinie überschreitenden halbseitigen Skotome in noch mehr peripheren Teilen der Bahn, wahrscheinlich in der Gegend der Chiasma ihren Entstehungsort haben;

3. daß die rein einäugigen Skotome im Nervus opticus oder in der Retina des betreffenden Auges zustande kommen.

Luzzatto, Ein Fall von Polyneuritis nach Malaria mit Autopsie. Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 17.

Es handelt sich um einen 31jährigen Handwerker, der an ausgesprochener Malaria erkrankt und etwa ein Vierteljahr nach Beginn des Leidens die ersten Zeichen der Polyneuritis bietet. Malariaparasiten wurden nicht nachgewiesen. Der Kranke ging nach einem weiteren Vierteljahr an Pneumonie zugrunde. Die Obduktion ließ an dem Bestehen der Malaria keinen Zweifel. Die Veränderungen an den Nerven waren ausgesprochen parenchymatös. Im Rückenmark fanden sich leichte aber deutliche Veränderungen der Vorderhornzellen. Die Zellen des peripheren sensiblen Neuroms (Spinalganglienzellen) waren unversehrt. Es handelt sich nicht um eine direkte Wirkung der Haemamoeba, sondern um Veränderungen toxischer Natur. Die Malariaparasiten können auch toxisch wirken.

Rothmann, Das Problem der Hemiplegie. Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 17—18.

R. bespricht zunächst die verschiedenen Bahnen, die Gehirn und Rückenmark verbinden, soweit die anatomische, physiologische und experimentell-pathologische Forschung der letzten Jahrzehnte unsere Kenntnisse erweitert haben. Er selbst hat durch Versuche an Affen bestätigen können, daß bei denselben nach Fortfall der Pyramidenteilung die anderen vom Großhirn durch Vermittlung des Thalamus opticus und des Vierhügels in den Seiten- und Vorderstrang des Rückenmarks gelangenden Bahnen imstande sind, sofort unvollkommen, weiterhin immer vollkommener die motorische Funktion durch Leitung der Impulse vom Großhirn zum Rückenmark in allen ihren Teilen zu erhalten, daß aber auch nach Fortfall der Pyramidenbahn und Vierhügel-seitenstrangbahn die Vorderstrangbahn imstande ist, die motorische Funktion in einigen Tagen bis Wochen zum größten Teil zu restituieren, wenn sie noch die Verbindung mit dem Großhirn besitzt. Endlich lehren die Abtragungsversuche der Extremitätenregionen, daß nach Fortfall des Einflusses der Großhirnrinde und völligem Untergang der Pyramidenbahn die gesamten absteigenden Vierhügel-Rückenmarksbahnen, wahrscheinlich unter dem Einfluß

des Thal. opticus stehend, nur noch imstande sind, Gemeinschaftsbewegungen zustande zu bringen, bei dauerndem Fortfall der isolierten Bewegungen.

Dann ausführlicher auf die Hemiplegie beim Menschen übergehend, kommt R. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Hemiplegie des Menschen und ihre Folgezustände sind nicht durch den alleinigen Ausfall der Pyramidenbahn bedingt, zu dem vielmehr die Unterbrechung anderer zerebrospinaler Bahnen hinzutreten muß.

2. Bei der Ausschaltung der Extremitätenregion der Großhirnrinde oder der totalen Zerstörung des hinteren Schenkels der inneren Kapsel ist die Hemiplegie die Folge des völligen Fortfalls der Leitung der motorischen Impulse von der Hirnrinde aus.

3. Die intakt gebliebenen Vierhügel-Rückenmarksbahnen und ihre Verbindung mit dem Thalamus opticus sind nach diesem Fortfall der Hirnrindenleitung anfangs nicht imstande, die motorische Funktion aufrecht zu erhalten und senden nur Impulse zur Aufrechthaltung der Sehnenreflexe zum Rückenmark.

4. Die nach mehreren Wochen einsetzende partielle Restitution der aktiven Bewegungen ist die Folge der allmählich sich entwickelnden selbstständigen motorischen Funktion der Thal. opt. resp. Vierhügelzentren und hat nichts mit einer Wiedergangbarmachung der Pyramidenbahn oder einer Ersatzfunktion der Großhirnrinde der anderen Seite zu tun.

5. Daß beim Menschen im Gegensatz zum Affen nur eine Restitution bestimmter Muskelgruppen bei fortdauernder Lähmung ihrer Antagonisten eintritt und infolge davon Kontrakturen sich entwickeln, ist eine Folge der durch den aufrechten Gang des Menschen bedingten eigentümlichen Verteilung der Muskellinnervation von Arm und Bein.

6. Da es sich bei der Wiederkehr der Bewegungen nicht um eine Wiedergangbarmachung der vorher geschädigten Bahnen, sondern um eine Einübung neuer Bahnen handelt, so ist es eine therapeutische Indikation, mit den Übungen der gelähmten Glieder, und zwar vor allem der sonst gelähmt bleibenden Muskelgruppen, so bald wie möglich nach Auftreten der Lähmung zu beginnen.

Crocq, Deux cas de confusion polynévritique, Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. Février.

Verf. gibt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die *Korsakoff*-sche Krankheit, um dann zwei eigene Beobachtungen zu bringen, eine 57jährige Frau mit plötzlichen fieberhaftem Beginn des Leidens und später rasch eintretender Besserung, und eine 67jährige Frau mit langsamem, fieberlosem Beginn der Krankheit und späterer langsamer Besserung. In einem Falle Erblichkeit. Bei beiden Alkoholmißbrauch als Ursache. Verf. erklärt den stürmischen Verlauf der Krankheit in dem einen Fall durch das Lebensalter der betr. Kranken erklären zu können. Psychisch gl.

erste Fall mehr einem Kollapsdelirium, der zweite einem mehr stuporösen Zustand. Bei beiden ausgesprochene Polyneuritis. Bei dem einen mehr Desorientiertheit, Amnesie und Halluzinationen, beim anderen mehr Erinnerungsfälschungen. C. glaubt, daß die polyneuritische Psychose mehr eine Unterart der Verwirrtheit als eine Krankheit sui generis ist.

Edel, Über bemerkenswerte Selbstbeschädigungsversuche. Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 4.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Selbsterdrosselungsversuch mit den eigenen Haaren bei einer Paralytica. Der zweite Fall betrifft einen Deliranten, der aus Stücken vom Hemde sich eine Schlinge verfertigte, die er mit dem durchgesteckten rechten Fuß dann zuzog, nachdem er sie um den Hals gelegt. Den Schluß bildet eine Frau, die in selbstmörderischer Absicht 5 mg Atropin. sulf. schluckte und sehr bald danach tobsüchtig wurde. Vorher war sie geistig gesund. Sie hatte dann eine Menge subjektiver Gefühlsstörungen. Die Reflexe waren gesteigert. Nach Morphinum trat in einigen Tagen Genesung ein.

Sommer, Akroparaesthesie nach Trauma. Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 4.

S. berichtet über einen Unfallkranken, der nach Quetschung der Finger der l. Hand, drei bis vier Monate nachher beginnend, über Parästhesien in den betreffenden Fingern zu klagen hatte. Objektiv war nichts nachweisbar. D. r. Kranke erinnert an den von *Cassirer* beschriebenen Fall. S. hat recht mit seiner Mahnung, bei Begutachtung vorsichtig zu sein, und nicht zu eilig auf Simulation zu schließen.

Masoin, Observations sur la démence précoce et la catatonie. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. Décembre 1902.

M. betont vor allem das völlig Unabhängige der motorischen Erscheinungen der Dem. praecox von dem Charakter des Delirs. Auch unter sich haben die motorischen Erscheinungen keinen Zusammenhang, kein gemeinsames Ziel; sie bedeuten überhaupt nichts, tragen den Charakter der Dementia. Man findet diese selben Bewegungen auch bei anderen Arten der Geistesstörung. M. erklärt die motorischen Symptome der Dem. praecox für absolut identisch mit dem Automatismus des Idioten. Negativismus findet sich fast nur bei den schweigsamen Dementen (praecox), bei den aktiven Deliranten selten. Verf. schließt sich der Heidelberger Einteilung in Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides an, wenn sich auch nicht alle Fälle in eine dieser Formen pressen lassen. Er möchte aber noch eine forme simple aufstellen, Krankheiten, die ohne Delirium, ohne besondere Unruhe ablaufen,

mehr durch eine allgemeine Gleichgültigkeit, Apathie gekennzeichnet sind und nicht in Demenz enden. *M.* hat unter seinen 800 Kranken 8% Dem. praecox, fast ausnahmslos Hebephrenie und Katatonie.

Donath, Beiträge zu den Klavier- und Violinspieler-Neurosen. Wien. med. Wochenschr. No. 8.

Bei den Beschäftigungsneurosen der Klavierspieler handelt es sich zu meist um Neuralgien, welche ganz besonders die großen Nervenstämmе des oberen Arms und den Plexus brach. supraclavicul. betreffen, und sich ebenso durch spontane Schmerzen wie durch große Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämmе kundgeben. Oft findet man nur diffuse Schmerzhaftigkeit der Muskulatur der Oberextremitäten. Meist handelt es sich um junge, schwächliche, nervöse Individuen. *D.* gibt vier hierher gehörige Fälle; bei zweien war das Leiden beiderseits, bei einem nur linksseitig. Im vierten Fall bestand Muskelschwund.

Bei Violinspielern kommt es meist zu Neuralgien, seltener zu Krampfständen. *D.* gibt auch hierfür vier Fälle. Die Prognose der Klavier- und Violinspielerneurosen ist weit günstiger als die des sogenannten Schreibkrampfes.

Spitzka, Auftreten von Epidemien des religiösen Fanatismus im zwanzigsten Jahrhundert. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Krim. Bd. 14.

Die Geschichte der Duchoborzen in Rußland bietet auch für den Psychiater viel Interessantes. Verf. schildert namentlich ihr Tun und Treiben in Amerika im Jahre 1902, wo schließlich, wie bekannt, „auf der Suche nach Jesus“ Tausende ihrer Anhänger elendiglich zugrunde gingen.

Friedländer, Aphasie und Demenz. Wien. med. Presse No. 5.

F. weist an zwei Fällen nach, wie außerordentlich schwierig es oft ist, ein sicheres Urteil über die Intelligenzstörungen bei Apathikern zu gewinnen. Im ersten Fall handelt es sich um totale motorische Aphasie und Agraphie, Alexie und fast totale Anämie. Im zweiten Fall um eine partielle motorische Aphasie, starke Agraphie, fast totale Alexie. In beiden Fällen täuschte die Aphasie einen höheren Grad von Intelligenzstörungen vor. — *F.* rät in allen diesen Fällen möglichst frühzeitig die Aphasie zu behandeln. Die Therapie muß hauptsächlich eine pädagogische sein. Die pädagogische Methode besteht zunächst die Erhaltung des Besitzstandes und dann das Einhalten der Bahnen zum Ziele.

Baumgarten, Neurasthenie, Wesen, Heilung, Vorbeugung. Buchdruckerei und Verlagsanstalt Wörishofen.

Auf das Buch sei hier nur kurz hingewiesen. Auf etwa 350 Seiten bringt uns *B.* einen Teil von dem, was er in zehnjähriger reicher Tätigkeit beobachtet und erprobt hat. Tausende kranker Menschen pilgerten zur Zeit des sel. Pfarrer Kneipp nach Wörishofen, um Heilung zu finden. Auch jetzt noch soll es von seiner Zugkraft nicht sehr viel eingebüßt haben. *B.* hat jedenfalls Gelegenheit wie kein zweiter gehabt, viel zu sehen; und er sieht mit klarem Auge und kritischem Verständnis. Auch wer nicht gerade für Kneipp und Kneippianer schwärmt, wird in *B.s* Buch viel Interessantes finden.

Alter, Luftliegekuren bei Psychosen. Psych.-Neurol. Wochenschr. 4. Jahrg. S. 566.

A. hat Kranke in hypomanischen oder depressiven Zuständen, ruhige Paralytiker, viele Formen von Dementia praecox täglich sechs bis acht Stunden, auch im Winter bei -10 Grad ins Freie gelegt und ist sehr zufrieden mit seinen Erfolgen, namentlich in körperlicher Beziehung. Appetit und Stoffwechsel wurden mächtig angeregt. Erkältungen hat er nie gesehen. Die hydropathischen Einpackungen hat er ebenfalls im Freien appliziert.

v. Voß, Bemerkungen zur Genese der Tetanie. Psych.-Neurol. Wochenschr. 4. Jahrg. S. 549.

Verf. glaubt, wenn man die Epilepsie als Krampfneurose der höheren Zentren auffaßt, berechtigt zu sein, die Tetanie als Krampfneurose der niederen motorischen (Rückenmarks-)Zentren zu bezeichnen. Dafür spricht das gleichzeitige oder nacheinander Auftreten von Tetanie- und Epilepsieanfällen und die Kombination von Myotonie und Tetanie. Für beide möchte *Voss* eine Erkrankung der Vorderhörner verantwortlich machen. Verf. spricht von einer spasmophilen Diathese der Vorderhörner des Rückenmarks als Entstehungsursache der Tetanie, also einer reflektorischen Entstehung dieser Krankheit. Rachitis scheint die Entstehung zu begünstigen. Gewisse toxische Substanzen scheinen prädisponierend zu wirken, ebenso Kropfexstirpation.

Vogt, Transitorische Geistesstörung nach intensiver Kältewirkung. Münch. med. Wochenschr. No. 46.

Es handelt sich um einen Lokomotivheizer, Mitte der Dreißiger, dem bei Beginn der Eisenbahnfahrt die Kopfbedeckung wegliegt, und der dann mit seinem unbedeckten Kopf einem scharfen Luftzuge -27° — ausgesetzt bleibt auf einer Strecke von 20 Kilometer. Am anderen Tage ängstlich, ruhelos, Nichtverstehen, dann Verkennen der Umgebung; bald rasches Ver-

sinken bis in Stupor. Nach vier bis fünf Tagen freier, dann rasche Genesung. Amnesie für die Tage der Krankheit. Kein Potus, keine Epilepsie od. dgl. Pat. blieb dann bisher geistig gesund. Die Krankheit ist wohl Folge der lokalen Kältewirkung.

Hartmann, Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria. Münch. med. Wochenschr. No. 51.

Bei der jetzt 20jährigen Kranken bestehen seit dem 13. Lebensjahre starke neuralgiforme Gesichtsschmerzen. Mit 17 Jahren zuerst Erscheinungen seitens der Sehnerven. Jetzt starke Atrophie der nn. opt. *Westphalsches* und *Rombergsches* Phänomen. Mit 19 Jahren außerehelicher Partus. Mutter der Kranken nachweislich luetisch.

Friedmann, Zur Kenntnis der zerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase. Münch. med. Wochenschr. No. 37.

Ein vorher gesunder, etwa achtjähriger Knabe erleidet durch Herabfallen eines Ziegelsteins auf die linke Kopfseite eine Verletzung des Schädels, an einer Stelle annähernd zwischen Scheitel und sagittaler Mittellinie. Der Knochen ist eingedrückt, zersplittert. Heilung per primam. Keine Komotionssymptome. Kurz vorübergehend tonischer Krampf der rechten Hand; für einige Zeit Behinderung beim Schreiben. Gleich nach dem Unfall Erschwerung des Urinlassens, nach neun Wochen Incontinentia urinae, die übers Jahr anhält. Kein Kopfschmerz, kein Schwindel. Es handelt sich also um ein Herdsymptom. Die Verletzung war nur eine einseitige. Fr. sucht zu beweisen, daß das Rindenzentrum für die Blase an der Grenze des oberen Drittels der hinteren Zentralwindung gelegen ist, direkt anstoßend an das obere Scheitelläppchen nach rückwärts. Die territoriale Ausdehnung des Blasenentrums wird eine kleine und enge sein.

Steinert, Zwei Fälle von Ponserkrankung. Münch. med. Wochenschrift No. 36.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 18jähriges Mädchen, bei welchem im Anschluß an eine Zahnextraktion bei eitriger Wurzelperiostitis offenbar durch Metastase eine akute, nicht eitrige Encephalitis pontis entstanden war, die nach einiger Zeit in Genesung überging. Störungen der konjugierten Augenbewegungen machten die Diagnose sicher.

Die zweite Kranke war 43 Jahre alt, litt an Schrumpfniere, Herzhypertrophie und Arteriosklerose. Offenbar infolge einer Hämorrhagie trat Lähmung auf und Störungen der konjugierten Augenbewegungen.

Weber, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr. Nr. 33.

Es handelt sich um eine 31jährige Puerpera, deren Krankengeschichte W. hier bringt, um die einzelnen klinischen Symptome genau zu analysieren und alle mehr oder weniger durch die Inkohärenz zu erklären. Er kommt zu dem Schluß: daß hauptsächlich unter der Einwirkung erschöpfender oder toxischer Schädlichkeiten eine akute Psychose auftreten kann, bei der im Vordergrund und als einziges primäres Symptom Lockerung und Auseinanderfallen des Vorstellungsablaufes steht, — und daß auf dieser primären Inkohärenz und der dadurch bedingten Unorientiertheit und Ratlosigkeit alle übrigen Symptome, namentlich aber die Stimmungsanomalien, die Veränderung des Bewußtseins und die Wahnideen zurückgeführt werden können.

Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32.

M. bezieht sich auf 46 Fälle der Tübinger Klinik mit deutlichen katatonischen Erscheinungen, zum größten Teil Krankheitsformen, welche *Kraepelin* der katatonischen Untergruppe seiner Dementia praecox zuweisen würde. Paralyse, Epilepsie, Hysterie sind ausgeschlossen. 14 von den Fällen gingen in Heilung über. Schneller Beginn und langsames Abklingen sind prognostisch günstig, ebenso ist es günstig, wenn die katatonischen Erscheinungen ausschließlich oder vorwiegend in einem früh auftretenden Stupor, der lange Zeit bestehen bleibt, ihren Ausdruck finden. — Wesentliche Besserung in 11 Fällen. Stereotype Bewegungen und Handlungen spielen hier bei der Krankheit eine weit größere Rolle als bei der ersten Gruppe, wo Stupor vorherrschte. Ungünstiger Ausgang in 21 Fällen. Bei diesen beinahe ausnahmslos ganz schleichender Beginn. Erbliche Belastung trübt die Prognose. M. rechnet 20—25 % Genesungen bei den Psychosen mit katatonischen Erscheinungen, soweit wenigstens, daß die betr. Kranken wieder auf Jahre hinaus ihrer früheren Beschäftigung nachgehen können. Die Prognose ist immerhin ernst, aber keineswegs absolut ungünstig.

Rolly, Zur Kenntnis der Landry'schen Paralyse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30—31.

R. bringt aus der Leipziger mediz. Klinik sieben hierher gehörige Fälle aus den letzten 15 Jahren. Bei fünf dieser Fälle begann das Leiden nach einigen sonstigen Vorboten mit Parese der Beine. Die Lähmung griff dann über auf Rumpf, Arme und Nacken. In einigen Fällen wird noch der n. facialis und die Atemmuskulatur befallen. Meist kein Fieber. Reflexe mehr oder weniger erloschen. Sehr bald komplette oder partielle Entartungsreaktion. Atrophie der Muskeln spät und unbedeutend. Blase und Mastdarm meist intakt. Selten Schmerzen. Für diese fünf Fälle glaubt R. als Ursache der

Paralyse eine periphere Neuritis annehmen zu müssen. — Bei den zwei anderen Fällen, die übrigens klinisch nahezu gleich verliefen, blieb die elektrische Erregbarkeit bis zum Tode normal; doch trat in diesen Fällen der Tod bereits am sechsten resp. zehnten Tage nach Beginn der Erkrankung ein. — Bei der Autopsie müssen vor allen Dingen auch die kleineren Muskeläste der Nerven untersucht werden. In dem einen Fall von *R.* ergab sich eine Neuritis sämtlicher untersuchter Nerven, welche nur auf die Muskeläste beschränkt war und die größeren Nervenäste freiließ. Es ist wahrscheinlich, daß die schädliche Noxe zuerst nur auf die feinsten Nerven einwirkt. Im Anschluß daran entwickelt sich dann eine Neuritis, die sich zentripetal weiter ausbreitet, vielleicht auch das Rückenmark affiziert. Die Landrysche Paralyse hat offenbar große Ähnlichkeit mit der Polyneuritis acuta. *R.* will die Landrysche Paralyse nicht mehr als Krankheit sui generis betrachten.

Schilling, Zur Frage der rezidivierenden Okulomotoriuslähmung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.

Erkrankung eines achtjährigen Knaben an linksseitiger totaler Okulomotoriusparese, die jetzt seit $7\frac{1}{2}$ Jahren wiederkehrt, wobei die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen kürzer werden, diese selbst jedoch an Heftigkeit einbüßen. Die Anfälle sind durch heftige Schmerzen in der linken Stirn- und Schläfegegend, Erbrechen und große Hinfälligkeit eingeleitet. Völliges Fehlen von Migräneattacken zwischen den Lähmungsanfällen. Interparoxysmale Parese. In der Familie des Pat. keine Migräne. Im Augenhintergrund links nach oben von der Pupille ein weißes Feld markhaltiger Nervenfasern. Dieser Augenbefund und der Umstand, daß Pat. stottert, läßt Verf. an eine kongenitale Schwäche des Nerv. oculomotor. oder seines Kerns als Ursache der Erkrankung denken.

Richter, Das Babinskische Zehenphänomen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24.

Reizt man die Fußsohle, so können viele Reflexe auftreten. Nur eine konstant bei mehreren Untersuchungen wiederkehrende einwandfreie isolierte Dorsalflexion der großen Zehe mit oder ohne gleichzeitige Flexion der übrigen Zehen ist als positiver Ausfall des *Babinskischen* Phänomens anzusehen. Da der Zehenreflex sehr der Willensbeeinflussung unterworfen ist, muß man sich an die bestimmte Technik halten, wie sie *Babinski* angegeben hat. *R.* untersuchte 500 sonst Kranke, d. h. ohne Erkrankung von Hirn- und Rückenmark, also mit wahrscheinlich intakten Pyramidenbahnen. Bei neun derselben fand sich einwandfreier positiver Ausfall des *B.* Symptoms, d. h. bei 1,8 %. Die übrigen Reflexe waren auch bei ihnen normal. *R.* erwähnt dann noch einen Fall mit positivem Ausfall, eine Neurasthenia, — bei der sich nach längerer Zeit erst deutliche Zeichen von multipler Sklerose ein-

stellten. *R.* hat das *B.* Phänomen bei Kranken, wo es erwartet werden durfte, nie vermißt. Das Phänomen besitzt demnach einen großen diagnostischen Wert, wenn auch keinen absoluten. Jedenfalls spricht das Auftreten des Extensionsreflexes mindestens mit Wahrscheinlichkeit dafür, daß eine Veränderung in der Funktion der Pyramidenbahnen vorliegt.

Saenger, Über zirkumskripte tuberkulöse Meningitis. Münch. med. Wochenschr. No. 23.

S. bringt drei kurze Krankengeschichten mit Sektionsbefund. Es handelte sich um Erwachsene. In zwei Fällen fand sich tuberkulöse Meningitis der linken foss. Sylvii, im dritten Fall waren beide fossae beteiligt. *S.* möchte im übrigen die Prognose der tuberkulösen Meningitis nicht absolut infaust stellen. Er hat fünf Fälle durch Inunktionskur vollständig heilen sehen.

Windscheid, Tabes und Trauma. Münch. med. Wochenschr. No. 26.

W. hält es für ausgeschlossen, daß Tabes durch Trauma entstehen kann. Hat es einmal den Anschein, so kann man getrost annehmen, daß Tabes bereits bestand und nur durch das Trauma erst eklatant wurde. Wohl aber sind akute Verschlimmerungen der Tabes durch Trauma möglich. Diese erklärt sich *W.* durch die Theorie *Edingers* über den mangelhaften Ersatz in der Nervenzelle als Ursache verschiedener Erkrankungen des Nervensystems.

Schlüter, Chorea hysterica traumatica. Münch. med. Wochenschr. No. 26.

Der 35jährige Eisenarbeiter erkrankte nach Sturz auf die Kreuzbein-gegend an schwerer Hysterie; er hatte choreatische Bewegungen in allen Gliedern. Verf. gibt eine ausführliche Schilderung des interessanten Falles: an Hysterie ist wohl nicht zu zweifeln. Er will dann im allgemeinen Stellung nehmen zur Frage der traumatischen Neurose, d. h. handelt es sich lediglich um psychische Faktoren, oder sprechen mechanische Wirkungen des Trauma mit. *Sch.* kommt zu dem Schluß: Eine einzige, sei es psychologische, sei es anatomische Theorie der bisher noch immer als traumatische Neurosen zusammengefaßten Krankheitsformen zur alleinigen, in jedem Fall zutreffenden, machen zu wollen, ist schon deswegen nicht angängig, weil es eine einheitliche Ätiologie der genannten Störungen in facto nun einmal nicht gibt.

Poly,* Über die therapeutische Wirkung des neuen Schlafmittels Veronal. Münch. med. Wochenschr. No. 21.

Bei den 52 Pat. der Würzburger Medizin. Klinik war das Resultat ein außerordentlich günstiges. Es wurde nie über 1 g verabreicht, meistens weniger. Keine üblen Folgeerscheinungen.

Herrmann, Ein schwerer Fall von Tetanus traumaticus. Münch. med. Wochenschr. No. 10.

Ein zehnjähriger Knabe fällt vom Baume, tritt sich ein Stück Holz in den Fuß. Die Verletzung anscheinend unbedeutend, daher anfangs kein Arzt. Dann Entzündung und Eiterung. Am sechsten Tage Schluckbeschwerden (Trismus). Durch Operation in Narkose wird ein Stückchen Holz entfernt etc. Danach Tetanus der übrigen Gesichtsmuskeln, dann der Arme, Brust, Bauch, rechte (unverletzte) untere Extremität, zuletzt der linken, verletzten. Trotz Chloral per anum, Morph. subc., Tetanusantitoxin Fortbestehen des Tetanus. Alle willkürlichen Muskeln brettartig. Obstipation, kein Schlaf. Nach mehreren Tagen allmähliche Lösung, vom Kiefer beginnend; zuletzt die verletzte Extremität. Erst sieben Wochen nachher völlige Erschlaffung aller Muskeln. — In der wiederholten Narkose hörte die Starrheit der Muskeln auf mit Ausnahme der verletzten linken unteren Extremität.

Linser, Über juvenile Tabes und ihre Beziehung zur hereditären Syphilis. Münch. med. Wochenschr. No. 15.

Die jetzt 34jährige Pat. wurde vor 19 Jahren nervös. Sie litt damals an Kopfschmerzen und Schwindel. Mit 20 Jahren lanzinierende Schmerzen; mit 25 Jahren Pupillenstarre. Die Kranke selbst hat Lues jedenfalls selbst nicht erworben, auch nie solche Erscheinungen gehabt. Ihr Vater litt aber an Paralyse und hatte sich nachweislich ein Jahr vor der Geburt unserer Kranken infiziert.

Roemheld, Über isolierten klonischen Krampf des weichen Gaumens. Münch. med. Wochenschr. No. 13.

Es handelt sich um eine 60jährige, erblich belastete Dame, bei der vor Jahresfrist unter den Erscheinungen eines apoplektischen Insultes, ohne sonstige Lähmungserscheinungen, schwere Beweglichkeit der Zunge und Sprachstörung, auf Hypoglossusparese beruhend, und Gaumensegellähmung mit Krampf eintritt. Die dysarthritische Störung schwindet bald. Es bleibt zurück bis heute eine leichte Parese des weichen Gaumens und ein klonischer halbseitiger Krampf desselben. Im übrigen normaler Befund. Verf. will den Sitz der Affektion in cerebro noch offen lassen.

Strohmayer, Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne. Münch. med. Wochenschr. No. 10.

St. bespricht kurz und ausführlich die Berührungspunkte beider Krankheiten und warnt zur Vorsicht bei der Annahme, daß Migräne in Epilepsie oder Epilepsie in Migräne übergehen soll. Die schwerste Migräne hat trotz jahrelangen Bestehens niemals Schwachsinn zur Folge. Beide Krankheiten

wachsen auf demselben Nährboden, der neuropathischen Prädisposition. Verf. findet nach seinem Material die öftere Koexistenz von Epilepsie und Migräne bestätigt. Meist war die Epilepsie später aufgetreten. Einen Fall, der einwandfrei für einen Übergang der einen Krankheit in die andere oder für eine gegenseitige dauernde Substitution spräche, hat er nicht gefunden. Wo etwas derartiges vorzuliegen schien, war die Migräne nur ein Symptom der epileptischen Grundkrankheit oder die Migräne trat als etwas Neues zur Epilepsie hinzu. In den atypischen Fällen war die Entscheidung, ob Migräne oder Epilepsie vorlag, nicht immer leicht und eindeutig. Verf. bringt dann fünf interessante hierher gehörige Fälle.

Fleiner, Über Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprungs.
Münch. med. Wochenschr. No. 10 u. 11.

Verf. bringt zu seinen früher veröffentlichten sechs Fällen noch zwei neue. Bei entwickelter Disposition zu Tetanie ist die willkürliche Innervation der Muskeln von großer Bedeutung für die Auslösung des Krampfanfalls. Die willkürliche Muskelkontraktion geht oft in den tetanischen Krampf über. Die Reflexerregbarkeit ist in den meisten Fällen herabgesetzt. Eine Auto-intoxikation vom Magen aus glaubt Verf. ablehnen zu müssen. In allen Fällen von *F.* ging dem ersten Krampfanfall ein Pylorusverschluß voraus. Die nächste Folge eines solchen Verschlusses ist eine starke Hypersekretion. Die Entleerungen rechnen nach Litern. Sie bedeuten eine Wasserverarmung des Körpers, eine Eindickung des Blutes. Sobald nicht mehr genügend Flüssigkeit in den Darm gelangt, d. h. sobald das Körpergewicht bei genügender Nahrungszufuhr abnimmt und die tägliche Harnmenge sinkt, soll man zur Operation schreiten. — *F.* gibt dann noch ausführlich einen Tetaniefall intestinalen Ursprungs. Es bestand dabei eine starke Hypersekretion des Darmsaftes. Auch in diesem Fall entstand sehr rasch eine Eindickung des Blutes. *F.* bestätigt demnach die *Kußmaulsche* Theorie. Die Prognose ist bei der intestinalen Tetanie wesentlich besser.

Steiner, Zur Ätiologie der professionellen Erkrankungen im Medianusgebiet. Münch. med. Wochenschr. No. 9.

St. gibt kurz die Krankengeschichten eines 46jährigen Sandformers mit Erkrankung des distalen Endes des l. n. median. und eines 31jährigen Eisenbahnpostbeamten mit gleicher Erkrankung des r. n. med. Da bei beiden Kranken eine besondere Arbeitsmehrleistung in letzter Zeit nicht vorkam, beide Kranke schon seit Jahr und Tag in gleichem Dienst tätig waren, so glaubt *St.* den Grund für diese anscheinend professionelle Erkrankung im in der Tat bestandenen übermäßigen Alkoholgenuß finden zu müssen. Eine Herabsetzung des letzteren führte auch sehr bald zur Genesung.

v. Rad, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemianästhesie alternans. Münch. med. Wochenschr. No. 8.

Der Kranke ist 37 Jahre alt. Keine Lues. Potus mäßig. Nach reichlichem Biergenuß abends bei Nacht unter Kopfschmerzen und Schwindelgefühl starkes Erbrechen. Am anderen Morgen Schwellungsgefühl an der rechten Gesichts- und Körperhälfte, abnorme Empfindungen in der linken Körperhälfte. Es findet sich Herabsetzung der Sensibilität für alle drei Qualitäten in der r. Gesichtshälfte und im Bereiche der l. Extremitäten. Beim Gehen Taumeln nach der l. Seite. Der Kranke erholte sich allmählich. Verfasser nimmt eine Blutung an in dem Haubenteil der Brücke, verursacht durch das starke Erbrechen.

Stadler, Ein Fall von Bläserlähmung. Münch. med. Wochenschr. No. 7.

Der 39jährige Musiker spielt seit vielen Jahren die Baßtube, in letzter Zeit allerdings sehr häufig. Er merkt nun auf einmal, daß beim Versuch, das Instrument anzublasen, die Unterlippe in ihrer ganzen Breite vom Ansatzstück der Trompete nach unten hinabgleitet, so daß die Luft zwischen Unterlippe und Mundstück entweicht. Im übrigen funktionieren die Lippen beim Sprechen, Essen etc. normal. Keine Schmerzen. Bei genauer Untersuchung ergibt sich nur eine konstante Hyperästhesie für Tastempfindungen im Bereiche der Schleimhaut der Unterlippe bis zur Grenze zwischen Lippenrot und Gesichtshaut einerseits und der vom Speichel ständig befeuchteten Mundschleimhaut andererseits. Die Sensibilitätsstörung betrifft also genau den Teil der Unterlippe, welche beim Blasen gegen das in diesem Fall sehr breite Mundstück der Trompete gedrückt wird. Außerdem hat der Kranke Symptome von ausgesprochener Neurasthenie. Es handelt sich um eine koordinatorische Beschäftigungsneurose.

v. Hösslin, Über die Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut mit dem Algesimeter. Münch. med. Wochenschr. No. 6.

Der von H. neu konstruierte Algesimeter läßt bis auf $\frac{1}{100}$ mm erkennen, wie tief die untersuchende Nadel in die Haut eindringt. Er konstatierte, daß die Schnelligkeit, mit welcher die Nadel eindringt, und der Druck, den man ausüben muß, im Vergleich zur Tiefe des Eindringens eine so unbedeutende Rolle spielen, daß diese beiden Faktoren außer Betracht gelassen werden können. Er hat dann für einen großen Teil der Haut und Schleimhäute die absoluten Werte festgestellt, welche als Grenzwerte für das Auftreten der Schmerzempfindlichkeit gelten können. Die Schmerzempfindlichkeit steht in keinem Verhältnis zum Tastgefühl der betr. Hautstelle. Die Dicke der Epidermis scheint auch keine größere Rolle zu spielen. Die Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper schwankt innerhalb sehr großer Grenzen, zwischen

0,15 und 1,5 mm. Die größte Schmerzempfindlichkeit fand *H.* an der Stirn nahe der Haargrenze, an der Volarseite des Handgelenks, an der Innenseite des Oberschenkels; die kleinste an der Haut der Ferse, des Penis und der Glans, am vorderen Hals, an der Volarseite der Daumen.

Vigouroux und *Juquelier*, Zwei Beobachtungen über hereditäre psychische Degeneration mit zahlreichen episodischen Begleiterscheinungen. *Revue de psych.* Dec. 1902. p. 539.

Ein 26jähriges, von seiten des Vaters erblich belastetes Mädchen zeigte im 16. Jahre Zwangsvorstellungen und vom 18. bis zum 23. Jahre hysterische Anfälle mit Globusgefühl, Bewußtseinsverlust und allgemeinen Konvulsionen. Die Krampfanfälle hörten nach dem 23. Jahr auf. Dafür traten wieder Zwangsideen auf und eigentümliche Sensationen, die als Äquivalente der früheren Anfälle gedeutet wurden. Die Kranke hat die Empfindung, als ob sich zeitweise ihre Umgebung von ihr entfernt und allmählich kleiner wird. Dann tritt ohne Verlust des Bewußtseins leichtes Schwindelgefühl ein und alles erscheint wieder am früheren Platz. Auch hat sie unter Erröten und Herzklopfen das Gefühl, als ob sie zu einer dünnen Stange zusammenschrumpft, während die Körperlänge unverändert bleibt.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein dreißigjähriges Fräulein, das während der Vorbereitung zum Lehrerinnenexamen zwei Anfälle von melancholischer Verstimmung überstanden hatte. Nachdem sie den Beruf gewechselt und sechs Jahre gesund geblieben war, gab sie sich vor zwei Jahren heftigen masturbatorischen Exzessen hin, zu denen ein Liebhaber sie verleitet hatte. Bei dem vergeblichen Ankämpfen gegen den übermächtigen Trieb nahm die trübe Verstimmung zu. Dazu kamen die Zwangsideen, Kinder zu schlagen oder sie zu töten in der Erwartung, daß sie dabei ein wollüstiges Gefühl empfinden werde, und Grübelsucht in verschiedenen Formen.

Tantzen-Lüneburg.

Homburger, Atropinbehandlung eines Falles von Darmparalyse im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica. Aus dem städtischen Siechenhause zu Frankfurt a. M. *Münch. med. Wochenschrift* No. 6.

Eine 57jährige Frau, welche vor ca. 20 Jahren durch ein hereditärsyphilitisches Kind infiziert war, zeigte bei der Aufnahme ins Spital spastischen Gang, im rechten Bein geringe Ataxie, die Sensibilität war an beiden Beinen für alle Qualitäten herabgesetzt, an den Oberschenkeln bestanden ischiadische Schmerzen, die Sehnenreflexe waren beiderseits gesteigert (l. > r.). An den Armen waren Motilität und Sensibilität intakt, alle Reflexe lebhaft gesteigert, beiderseits gleich. Pupillen direkt beide lichtstarr, konsensuell rechts spurweise Reaktion, auf Akkomodation beiderseits kaum bemerkbar.

Sehvermögen auf Lichtschein reduziert, Augenhintergrund normal. — Diagnose: Zerebrospinale Lues, speziell zwischen den vorderen Schenkeln des Chiasma (Gumma?) und Meningitis spinalis. Therapie: Jodkali-Inunktionskur. Danach rasche Besserung der Augenstörungen, die von Bestand blieb. Nach einigen Tagen Verschlechterung des sonstigen Zustandes: fast gänzliche Lähmung und Aufhebung der Sensibilität beider Beine, choreatisch-athetische Bewegungen im rechten Arm, Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule. Ferner Obstipation infolge von Darmlähmung mit bedrohlichem Meteorismus und Brechreiz. Da innere Mittel versagten, Atropin subkutan (2×1 und 3×2 mg), wonach endlich Stuhl. — Die günstige Wirkung der hier eigentlich widersinnig erscheinenden Atropinbehandlung erklärt H. so, daß die Darmlähmung keine gleichmäßige war, sondern an einzelnen Stellen noch Kontraktion bestand, welche durch das Atropin beseitigt wurde. — Die plötzliche Verschlechterung des Zustandes muß auf Beteiligung des Rückenmarks selber bezogen werden.

Schlüter.

Dorendorf, Ein Fall von Myasthenia gravis pseudoparalytica mit akutem Verlaufe. Aus der II. medizinischen Universitätsklinik. Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 51.

Ein 27jähriger Kaufmann, der mehrere Jahre stark getrunken und Lues erworben hatte, erkrankte plötzlich mit Doppeltsehen und mäßiger Ptosis rechts. Bald darauf Schwäche in den Beinen, weniger in den Armen. Bei der Aufnahme in der Klinik nach elf Tagen links noch stärkere Ptosis als rechts, linker Bulbus fast unbeweglich, am rechten Bewegungen ebenfalls sehr eingeschränkt. Im Verlaufe der nächsten Tage Erschlaffung der Muskulatur des Gesichts, Nackens und der Lippen, der Kaumuskeln und der Arrectores trunci. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln qualitativ und quantitativ unverändert, nur trat rasch Ermüdung ein. Blutbefund normal, niemals Fieber. Nachdem noch Störungen der Defäkation und des Schluckens eingetreten, erfolgte plötzlich der Tod, 29 Tage nach Beginn der Erkrankung. Eine sichere Todesursache konnte nicht festgestellt werden, Sektion wurde nicht gestattet.

Schlüter.

Huismanns, Gekreuzte Adduktorenreflexe bei Syringomyelie und Neuritis. Aus der inneren Abteilung des St. Vincenzhauses in Köln. Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 49.

H. fand bei zweien seiner Kranken beim Beklopfen der Patellarsehne der einen Seite Auftreten einer Reflexzuckung im Adductor femoris der anderen Seite. Im ersten bereits veröffentlichten Falle von Syringomyelie nach Trauma (Deutsche med. Wochenschr. 1897 No. 8) war der Patellarreflex rechts erloschen; im zweiten, einem Neurastheniker mit ischiadischen Be-

schwerden, fehlte anfangs links das Kniephänomen, stellte sich aber später wieder ein. Es entstanden bei leisem Beklopfen der linken Patellarsehne Zuckungen im rechten Adductor femoris, bei stärkerem Kontraktur im rechten Ileopectas, bei ganz starken Zuckungen fast am ganzen Körper. H. denkt hier an Reizerscheinungen im Nervus obturatorius infolge der Neuritis im Plexus sacrolumbalis, bei der Syringomyelie fällt diese Annahme aber fort und man kann sich den Vorgang nur so denken, daß der Reflex durch die beim Beklopfen der Sehne bewirkte Erschütterung des ganzen Beins auf die Beckenknochen und so auf die andere Seite übertragen wird, wobei aber unerklärt bleibt, weshalb gerade der Nervus obturatorius allein reagiert.

Schlüter.

Westphal, Über einen Fall von polyneuritischen „Korsakowscher“ Psychose mit eigentümlichem Verhalten der Sehnenreflexe. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Greifswald. Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 5.

Bei einem 53jährigen Potator mit sog. Korsakowscher Psychose fehlten die Patellarreflexe beiderseits, doch trat beim Beklopfen der Patellarsehne regelmäßig im Adductor femoris der entgegengesetzten Seite eine lebhafte Zuckung ein. Solche gekreuzten Sehnenreflexe sind bei einseitiger Reflexsteigerung nicht selten, hier aber bei fehlenden Patellarreflexen eine ungewöhnliche Erscheinung. W. glaubt dieselbe so erklären zu können, daß die durch den Schlag auf die Sehne bewirkte Erschütterung des ganzen Beins sich durch die Beckenknochen auf die andere Seite fortgepflanzt und dort die Zuckung ausgelöst habe, zumal im Adduktorengebiet die mechanische Muskelempfindlichkeit gesteigert war, so daß ein Schlag mit dem Perkussionshammer von ausgesprochenem „Muskelwogen“ gefolgt wurde.

Schlüter.

Suchier-Freiburg i. B., Ein Fall von partieller Radialisparese. Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 5.

Ein 68jähriger Mann war mit aufgestütztem rechten Ellenbogen eingeschlafen und fand beim Erwachen nach etwa zwei Stunden den Vorderarm und die Hand „eingeschlafen“, außerdem war die Hand teilweise gelähmt, so daß der fünfte Finger gar nicht, der vierte Finger kaum und der Mittelfinger ein wenig gestreckt werden konnten, während Daumen und Zeigefinger ihre volle Beweglichkeit behalten hatten. Beugung der Finger, Pronation. Extension und Flexion der ganzen Hand waren jederzeit möglich. Während nun die Sensibilitätsstörungen im Laufe mehrerer Monate fast ganz schwanden bestanden die Lähmungserscheinungen noch nach drei Jahren im wesentlichen unverändert fort. Die elektrische Erregbarkeit für den galvanischen und faradischen Strom war im paretischen Radialisgebiet herabgesetzt, aber

nicht aufgehoben, obgleich man bei einer so langen Dauer der Lähmung Entartungsreaktion wenigstens im vierten und fünften Finger hätte erwarten sollen. Auffallend war andererseits dann wieder, daß trotz dieses günstigen Befundes keinerlei Besserung eingetreten war. Eine Erklärung für die schon öfter beobachtete rasche Wiederherstellung der sensiblen Fasern gegenüber den motorischen ist noch nicht gefunden. Ebenso ist es unverständlich, weshalb im vorliegenden Falle infolge des flächenhaften Druckes nicht alle Fasern des Nervenstammes gleichmäßig geschädigt worden sind.

Schlüter.

Bechterew-St. Petersburg, Über Anfälle von Zwangslachen, begleitet von tonischen Krämpfen und Zucken im linken Arm. Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 16.

Es handelt sich um ein 15jähriges, von väterlicher Seite zu Nerven- und Geisteskrankheiten veranlagtes Mädchen, welches im 20. Lebensmonat aus der Schaukel gefallen war. Zwei Stunden nach dem Fall heftige Krämpfe im linken Arm und Bein, danach Lähmung der ganzen linken Körperhälfte und linksseitige Blindheit und Taubheit. Bis zum dritten Lebensjahr wiederholten die Anfälle sich oft und waren mit heftigen Schmerzen im linken Arm verbunden. Dann allmähliche Besserung aller Symptome, doch blieben die linken Extremitäten, besonders die Hand im Wachstum zurück. Zurzeit (im 15. Lebensjahre) bestehen noch tonische Krampfanfälle im linken Arm mit starkem Jucken und unwiderstehlichem lauten Lachen von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Min. Dauer. Außerdem häufige Kopfschmerzen, linksseitige homonyme Hemianopsie und hemianopische Pupillenreaktion, Parese der linken Gesichtsmuskulatur und der linken Extremitäten, welche atrophisch und um drei bis fünf Zentimeter im Wachstum zurückgeblieben sind, und endlich Hyperalgesie der linken Körperhälfte.

Es liegt offenbar eine organische Affektion der basalen Partien der rechten Gehirnhälfte vor, und zwar in der Nachbarschaft des hinteren Thalamusabschnittes, mit Beteiligung des Tractus opticus und der motorischen Pyramidenbahn. Mitgereizt sind aber auch sensible Bahnen (Hyperalgesie). Das Lachen tritt reflektorisch auf unter dem Einfluß des plötzlichen Juckgefühls im linken Arm. Da das Bewußtsein bei den Anfällen ungetrübt bleibt, so ist der Fall von dem epileptischen Zwangslachen zu trennen.

Schlüter.

Westphal, Über Chorea chronica progressiva. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Greifswald. Deutsche med. Wochenschrift 1902. No. 4.

Der erste Fall betrifft eine 30jährige Frau, deren Vater im späteren Lebensalter auch an Chorea gelitten hatte. Sie erkrankte mit 25 Jahren im

Wochenbette; die anfangs leichten Zuckungen nahmen allmählich zu und be-
trafen endlich die ganze willkürliche Muskulatur. Gewollte Bewegungen
milderten ihre Intensität, doch waren empfindliche Verrichtungen nur sehr
mühsam ausführbar. Psychisch zeigte Patientin zunächst große Reizbarkeit,
die sich zu Wutanfällen steigern konnte, allmählich entwickelte sich dann
die für hereditäre Chorea charakteristische, fortschreitende, intellektuelle
Schwäche.

Im zweiten Fall (41jähriger Maurer) war die Krankheit ohne hereditäre
Veranlassung vor 14 Jahren nach einem schweren Trauma (Fall aus dem
dritten Stockwerk) entstanden. Auch hier waren sämtliche willkürliche
Muskeln ergriffen, der Gang war nur mit Unterstützung möglich, die Sprache
ein unverständliches Lallen. Trotz der schweren Störung konnte Patient
doch allein essen und trinken, auch hörten die Bewegungen im Liegen fast
ganz auf. W. ist mit Jolly der Ansicht, daß der große Einfluß der inten-
dierten Bewegungen eine Folge der im Laufe der Zeit erlangten Übung sei
und keinen prinzipiellen Gegensatz zu der Chorea minor bedeute. Auch
dieser Kranke war blödsinnig und zeigte überhaupt ganz das Bild der here-
ditären Form der chronischen Chorea. Solche Fälle sind vielleicht der sog.
„symptomatischen“ Chorea zuzurechnen, wenn sie, wie hier, traumatischen
Ursprungs sind.

Schlüter.

*Jendrassik-Budapest, Über neurasthenische Neuralgien. Deutsche
med. Wochenschr. 1902. No. 36 u. 37.*

J. ist der Ansicht, daß wahre Neuralgien, abgesehen von den Trige-
minusneuralgien, relativ selten sind und sehr häufig fälschlich diagnostiziert
werden statt Neuritis etc. Daher kommen denn auch die vielen therapeuti-
schen Mißerfolge. Besonders zahlreich sind die diagnostischen Irrtümer bei einer
von J. als „neurasthenisch“ bezeichneten Gruppe von Neuralgien, für welche er
neun einschlägige Krankengeschichten anführt. Dieselbe zeichnet sich da-
durch aus, daß die Schmerzen nicht in Anfällen auftreten, sondern dauernd
vorhanden sind und sich nicht auf das Gebiet eines bestimmten Nerven be-
schränken. Der Kranke fühlt auch da Nervenfasern, wo in Wirklichkeit gar
keine sind und weiß ganz genau, daß der Nerv von einem Knochensplitter
gedrückt oder von einem Geschwür angenagt wird, während objektive Sym-
ptome, z. B. die große Berührungsempfindlichkeit bei echten Neuralgien, ganz
fehlen. Auch werden die Schmerzen nur sehr unbestimmt charakterisiert
als „höllisch“, „wunderlich“ etc. Wegen der Konstanz der Beschwerden
glauben die Kranken an ein schweres organisches Leiden (Krebs, Tumor)
und werden von ihren Schmerzen wie von einer fixen Idee beherrscht und
von einem Arzt resp. Zahnarzt zum anderen getrieben. Chirurgische Ein-
griffe haben höchstens vorübergehend einen suggestiven Erfolg, wirklichen
Nutzen kann man sich nur von einer konsequent durchgeführten, der ladi-

vidualität angepaßten Kurmethode versprechen, zu der sich die Patienten aber meist nur sehr spät und mit Widerstreben entschließen.

Schlüler.

Mitchell, Weir, Reversals of habitual motions, backward pronunciation of words, top whispering of the insane, sudden failures of volition, repetition impulses. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

M. berichtet über einige in das Gebiet der Zwangsvorstellungen fallende Willensstörungen, in einigen Fällen von einer Form, die er als Willensumkehrungen bezeichnet; der Kranke muß beim Gehen einige Schritte rückwärts machen, die Treppe herunter statt hinaufsteigen oder rückwärts hinuntergehen, eine Tür, die er aufschließen will, zu verschließen suchen. Dies hinderte übrigens den Kranken, einen Offizier, nicht, sich im Burenkriege auszuzeichnen. In einem anderen Falle mußte der Kranke die Hose über den Kopf, die Nachtjacke über die Beine ziehen, den linken Fuß und die linke Hand gebrauchen, wo er sonst die rechte nahm etc. Auch in der Sprache hat *M.* solche Umkehrungen beobachtet, es wurde „draußen“ gesagt, wenn „drinnen“ gesagt sein wollte, verneint statt bejaht; ein Kranker, wahrscheinlich mit Hirntumor, sprach Worte rückwärts aus. z. B. „dog, ho“ statt „oh God“. Weiterhin werden das Mitbewegen der Lippen beim Denken, die momentane Unfähigkeit, sich zu bestimmtem Tun zu sammeln, und zwanghafte Gewohnheiten in ihren Übergängen zum Normalen besprochen.

Matusch.

Jacoby, G. W., The sign of the orbicularis in peripheral facial paralysis. The journ. of nerv. & ment. disease. Oktober.

Das von *Révil* benannten Orbikulariszeichen: Unfähigkeit des Hemiplegischen, freiwillig das Auge der gelähmten Seite anders zu schließen als gemeinsam mit dem anderen, ist nach *J.* mit Unrecht als ein Unterscheidungsmerkmal für den zentralen Sitz der Facialislähmung angesehen worden, es kommt auch bei peripherer Lähmung vor und liefert damit einen Beweis für das Bestehen von Kommissurfasern zwischen den Facialis-kernen. So lange es bei peripherer Facialislähmung besteht, beweist es, daß die Lähmung noch nicht völlig gehoben ist. Die spät und mit wiederkehrender Funktion auftretenden Spasmen im m. orbicularis erscheinen in den Fällen nicht, wo das Orbikulariszeichen vorhanden war und wieder verschwunden ist.

Matusch.

Brelet, Un cas de tabes conjugal. Archives centrales de médecine. B. 192, H. 38.

Der Mann litt an Tabes und progressiver Paralyse, die Frau an Tabes. Syphilis nicht nachweisbar.

Ganter.

Gordon, A note on periodic insanities with report of three cases of intermittent melancholia. The journ. of nerv. & ment. disease. September.

G. möchte unter Mitteilung von drei Krankheitsgeschichten die Plötzlichkeit des Beginns und des Endes der periodischen Melancholie als ein Unterscheidungsmerkmal von der nicht periodischen bezeichnen.

Matusch.

Ricaldoni et Lamas, Paralyse ascendante de Landry, aigue, mortelle, à la suite d'une blennorrhagie. Archives centrales de médecine. B. 191, H. 5.

Bei einem 15jährigen Kranken, von Vatersseite alkoholistisch, von Mutterseite hysterisch belastet, entwickelte sich unmittelbar nach gonorrhöischer Infektion die Landrysche Paralyse, die in einem Monat zum Tode führte.

Ganter.

Wilson, A case of double consciousness. The journal of mental science. Oktober.

Patientin machte mit 15½ Jahren Influenza mit Meningitis durch. Danach traten Erscheinungen auf, die Verf. als doppeltes Bewußtsein bezeichnet. Verf. teilt die Formen, unter denen sich das abnorme Bewußtsein kundgab, in zwölf Unterabteilungen. Bald zeigte die Kranke ein kindisches, bald harmloses, bald bösartiges Wesen, dann wieder erschien sie imbecill, dann blind und gelähmt, dann taub, dann manisch etc. In der ersten Zeit litt sie einmal eine Woche lang an choreiformen Zuckungen und hatte Opisthotonus. Anfangs überwogen die normalen Intervalle, später dauerten sie nur noch wenige Minuten. Die anormalen Bewußtseinszustände glichen sich vielfach. In der Zwischenzeit bestand Amnesie für die in der abnormalen Phase sich abspielenden Vorgänge. Es macht uns den Eindruck, als handle es sich einfach um Hysterie, und bei der kann man alles konstruieren, was man nur haben will. Auch könnte man nach der Methode des Verf. ja schließlich bei den meisten Geisteskranken von doppeltem Bewußtsein reden. *Ganter.*

Bruce, Bacteriological and clinical observations on the blood of cases suffering from acute continuous mania. The journal of mental science. April.

Verf. hat bei Fällen von akuter Manie durch Terpentineinspritzung Abzesse hervorgerufen, in denen er einen Diplo-Bacillus entdeckte, wonach also die akute Manie eine Infektionskrankheit wäre. Dafür spricht nach Verf. auch der Leukocytenbefund. Er fand, daß mit steigender Leukocytenzahl und Vermehrung der polynukleären Zellen auch eine Besserung oder

Heilung eintrat. Bleibt die Zahl der Leukocyten um 14000 für den cbmm Blut und der Prozentsatz der vielkernigen Zellen auf 60 oder darunter, so ist noch keine Besserung der Krankheit zu erwarten; steigt die Zahl aber auf 18000 bis 20000 und der Prozentsatz besagter Zellen auf 70 und darüber, so ist die Prognose gut. Auf die Terpentineinspritzungen sah Verf. bei frischen Fällen von Manie eine Vermehrung der Zahl der Leukocyten und der vielkernigen Zellen und darauf Genesung eintreten. In den chronischen Fällen blieb diese Wirkung aus.

Ganter.

Bruce, Clinical and experimental observations on katatonia. The journal of mental science. Oktober.

Ausführliche Beschreibung von zwölf Fällen von Katatonie. Was uns neu ist, ist, daß Verf. die Katatonie für eine Infektionskrankheit ansieht. Er hat gefunden, daß das Blut der Kranken für eine gewisse Streptokokkenart, die er in einem seiner Fälle isoliert haben will, agglutinierende Eigenschaften besitzt.

Ganter.

Leri-Bianchini, Sull' età di comparsa e sull' influenza dell' ereditarietà nella patogenesi della demenza primitiva o precoce. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 3.

Verf. gibt eine Statistik über 250 Fälle von Dementia praecox, 125 sind selbst beobachtet, 105 sind aus der Literatur zusammengestellt. Die Krankheit befällt in fast gleicher Häufigkeit das jugendliche Alter: 53 %, wie das Mannesalter: 47 %, wobei als Grenzscheide das 25. Lebensjahr genommen ist. In jener Lebensperiode wiegt die hebephrenische und katatonische Form vor: 64 und 79 %, in dieser die paranoide: 82,5 %. Das männliche und weibliche Geschlecht ist fast gleichmäßig vertreten: 26 und 28 %. Die hebephrenische Form befällt hauptsächlich das weibliche Geschlecht: 64 %, die paranoide das männliche: 43 %, die katatonische beide Geschlechter in fast gleicher Zahl: 7 % Fr., 9 % M. Absolut kommt die hebephrenische Form am häufigsten vor: 48 bis 64 %, dann kommt die paranoide: 29 bis 43 % und zuletzt die katatonische: 7 bis 9 %. In 59 % der Fälle läßt sich eine Belastung nach psycho- oder neuropathischer Richtung nachweisen. In 90,4 % ist die Intelligenz vor der Krankheit normal entwickelt gewesen. Die katatonische Form bevorzugt die weniger intelligenten Individuen. In der Irrenanstalt zu Ferrara macht die D. pr. 28 % der Fälle aus (13,8 % M. und 14,2 % Fr.).

Ganter.

Valli, Contributo alla conoscenza delle sindromi atetosiche. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 3.

Verf. beschreibt zwei Fälle von Athetose. Der Sitz, von dem die athetischen Bewegungen ihren Ausgang nehmen, ist verschieden, aber immer

M*

an die Pyramidenbahn gebunden: Liegt, er in der Hirnrinde, so ist der psychische Einfluß auf die athetotischen Bewegungen unverkennbar (Verstärkung der Bewegungen bei der Intention und bei Gemütsbewegungen), liegt er im Rückenmark, so tritt der spasmodische Charakter der Bewegungen mehr hervor.

Ganter.

Biancone, Contributo allo studio della emiatrofia della lingua.
Rivista sperimentale di Freniatria. B. 28, H. 4 und B. 29,
H. 1—2.

An der Hand von vier selbst beobachteten Fällen von Verletzung des Hypoglossus bespricht Verf. die ganze Kasuistik der peripheren Hypoglossus-Lähmung. In seinen Fällen wich die Zunge beim Vorstrecken immer nach der kranken Seite ab (Wirkung des Genioglossus der gesunden Seite), dagegen beschrieb die Raphe beim Zurückziehen einen leicht konkaven Bogen nach der gesunden Seite (Wirkung des Styloglossus). Die Atrophie der gelähmten Zungenhälfte war nicht überall gleich ausgesprochen, was sich aber nicht für eine Lokalisationsdiagnose, ob Stammverletzung, ob Affektion der Wurzelfasern, verwerten läßt. Auch die Entartungsreaktion zeigte verschiedene Grade. Bemerkenswert war eine Herabsetzung der Sensibilität und Geschmacksempfindung. Dies kann nach Verf. von einer Affektion des fünften und neunten Gehirnnerven herrühren, aber auch von der Veränderung der Schleimhaut der gelähmten Zungenhälfte. In all den vier Fällen von peripherer Hypoglossus-Lähmung hatte sich zur Atrophie der Zungenhälfte auch eine solche des betr. Gaumenbogens gesellt und in zwei Fällen außerdem noch eine Parese des gleichseitigen Stimmbandes, ein Symptomenkomplex, der also nicht mit Sicherheit für eine Bulbäraffektion spricht, vielmehr auch von einer peripheren Läsion (Basilarmeningitis, Tumor, Trauma) hervorgerufen werden kann. Die Lippenbewegungen waren intakt.

In dem einen Fall, bei dem Verf. histologische Untersuchungen anstellen konnte, fand er die Atrophie am stärksten ausgeprägt im mittleren Drittel des Stillingschen Kerns, von dem die meisten Fasern des Hypoglossus ihren Ursprung nehmen. Als weiterer wichtiger Befund ergab sich die Tatsache, daß auch auf der entgegengesetzten Seite der Hypoglossuskern und seine Wurzelfasern atrophische Veränderungen zeigten, wenn auch in geringerem Grade. Verf. erklärt dies damit, daß zwischen den beiden Kernen Fibrae commessurales verlaufen. Wie die rückläufige Degeneration von der peripheren Läsion her erst den einen Kern ergriffen habe, so könne sie auch durch jene Fibrae comm. auf den anderen Kern übergegangen sein. Ferner sah Verf. atrophische Erscheinungen im Rollerschen Kern auf der einen Seite, was dafür spricht, daß auch von diesem Kern Hypoglossusfasern ihren Ursprung nehmen. Den Duvalschen Kern dagegen fand Verf. intakt. Die Fibrae afferentes zeigten keine nennenswerten Veränderungen, während die Fibrae suprareticulares sehr spärlich waren und an Volumen abgenommen

hatten. Ebenso zeigten sich die *Fibrae propriae* an Zahl verringert. Ursprung und Bedeutung aller dieser Fasern ist noch nicht sichergestellt. *Ganter.*

Panegrossi, Sulla diplegia facciale periferica. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 28, H. 4 und B. 29, H. 1--2.

Im Anschluß an drei selbst beobachtete Fälle von Diplegia facialis periferica stellt Verf. 90 andere Fälle aus der Literatur zusammen und bespricht Diagnose, Ätiologie, Prognose und Therapie dieser Krankheit. In einem seiner Fälle hatte sich die Diplegie an eine Influenza angeschlossen, in den beiden anderen Fällen war sie Begleiterscheinung einer Neuritis multiplex. Vollständige Heilung durch elektrische Behandlung. *Ganter.*

Stacchini, Infantilismo mixedematoso: cura tiroidea. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1--2.

Wunderbare Wirkung der Schilddrüsenbehandlung bei einem Falle von Myxödem. *Ganter.*

Pastrovich, Di un caso singolare di morbo del Friedreich. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1--2.

Ein 16jähriger Lehrling erkrankte mit ataktischen Symptomen der unteren Extremitäten. Von sonstigen Störungen war nichts zu finden, außer der Dorsalflexion der Zehen. Die Differentialdiagnose spricht nach Verf. zugunsten der hereditären Ataxie. *Ganter.*

Guicciardi, Sopra l'uso terapeutico della Paraganglina Vassale. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1--2.

Vassale hatte aus der Marksubstanz der Nebennieren des Rindes einen Extrakt hergestellt, den er Paraganglin taufte und besonders bei Atonie des Magens empfahl. Mit diesem Extrakt stellte nun auch Verf. Versuche an bei mit körperlichen Leiden behafteten Geistes- und Nervenkranken. Es sind 25 Fälle. Verf. gab 20 bis 60 Tropfen im Tag, 4 bis 8 Wochen lang. Gastrektasie auf atonischer Basis besserte sich bald. Allgemeine Schwäche wurde günstig beeinflusst. Der Stoffwechsel hob sich. Drüsenanschwellungen gingen zurück. Mit der günstigen Beeinflussung des körperlichen Zustandes besserte sich auch der psychische Zustand, in einigen Fällen seniler Epilepsie hörten die Anfälle auf. Nur die Paralyse blieb unbeeinflusst. Das Mittel wirkte hauptsächlich stoffwechselanregend, tonisierend. Als Nebenwirkungen stellten sich vereinzelt Magenschmerzen, Durchfall und Hautröte ein. Das Körpergewicht sank anfangs, hob sich aber dann wieder. *Ganter.*

Mondio, Allucinazioni e frenosi sensoria. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. versucht mit seinen fünf Krankengeschichten zu beweisen, daß Halluzinationen primär auftreten und für sich ein Krankheitsbild darstellen können: Frenosi sensoria, halluzinatorischer Wahnsinn. In dem einen Fall trat der halluzinatorische Anfall periodisch auf, während in den Zwischenzeiten der psychische Zustand nahezu vollständig normal war. Im zweiten Fall entwickelten sich im Anschluß an die Halluzinationen hypochondrische und melancholische Vorstellungen, im dritten Verfolgungsvorstellungen, im vierten eine richtige, systematisierende Paranoia, im fünften ein leichter Verwirrheitszustand. Besonders sollen der Frenosi sensoria erblich belastete und nervenschwache Individuen unterworfen sein. *Ganter.*

Giannelli, Contributo allo studio della paralisi bulbare de compressione. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Die 40 Jahre alte Frau litt an Parästhesien der Zunge und Lippen, daneben bestanden leichte Ermüdbarkeit der betreffenden Muskeln und Schwindelgefühle. Bald zeigte sich eine Erschwerung beim Sprechen, besonders beim Aussprechen der Lippen- und Zungenlaute. Allmählich ging die Parese von den Muskeln der Lippen und Zunge auf die des weichen Gaumens und die m. pterygoidei über, und zwar in symmetrischer Weise, so daß sich nirgends eine Deviation bemerkbar machte. Die Sprache wurde schließlich unverständlich, das Schlucken schwierig. In den paretischen Muskeln traten fibrilläre Zuckungen auf. Elektrische Entartungsreaktion in Zungen- und Lippenmuskulatur. Keine Sensibilitätsstörung. Vasomotorische Störungen: Hitzegefühl und Röte des Kopfes, Beklemmung und Verstärkung der Herztöne. Konjunktivalreflex normal. Gaumen- und Rachenreflex fehlend. Masseterenreflex vorhanden. Nachdem diese Erscheinungen durch zwei Monate gleich geblieben waren, trat Verschlimmerung ein: Zunahme der Parese, Pulsbeschleunigung bis 140, Erstickungsanfälle, heftige Nacken- und Gesichtsschmerzen, Ernährungsstörungen der rechten Hornhaut. Hypästhesie des rechten Trigeminus, Parese des obren Facialisastes beiderseits, morgendliches Erbrechen, Stauungspapille. Tod durch Bronchopneumonie.

Verf. veröffentlichte den Fall deshalb, weil die Symptome anfangs genau denen bei der progr. Bulbärparalyse glichen, und es erst beim Eintreten der Verschlimmerung klar wurde, daß es sich um eine Kompression der Med. obl. und des Pons handeln mußte. Die Sektion ergab ein Sarkom auf dem Clivus. *Ganter.*

Cuppelletti, La nevrastenia. Mailand, Verlag v. Hoepli. 1904. L. 4.

In einem handlichen kleinen Buche entrollt Verf. ein Bild der Neurasthenie. Wenn der Inhalt den Extrakt darstellt von den 1131 Nummern.

die Verf. im Literaturverzeichnis anführt, kann es schon etwas bieten. Was den Wert aber noch erhöht, ist, daß Verf. auf Grund seiner eigenen praktischen Erfahrungen zu den verschiedenen Fragen Stellung zu nehmen imstande ist. Nach einer kurzen historischen Einleitung bespricht Verf. die Ätiologie, die Symptomatologie, wobei er in der Schilderung von den einfacheren zu den komplizierteren Störungen fortschreitet, die Prognose und Differenzialdiagnose, um dann in Kürze die wichtigsten Theorien über die Pathogenese der Neurasthenie anzuführen. In dem Kapitel über die Therapie kommen alle Richtungen zum Wort, die diätetisch-physikalischen wie die arzneilichen. Der Mannigfaltigkeit der Symptomenbilder muß natürlich die Mannigfaltigkeit der Therapie entsprechen, besonders bei einer Krankheit, bei der die Psyche des Kranken so hervorragend in Mitleidenschaft gezogen ist. Der Arzt wird das Büchlein mit Nutzen lesen. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich, der Stil fließend, einfach und klar. Prof. Bonfigli hat ein empfehlendes Vorwort geschrieben.

Ganter.

Mingazzini, Gior., Dr., On the early differential diagnosis of morbid processes involving the base of the brain. Journal of mental-pathology. 1903. Vol. IV.

Auf Grund von sieben Fällen, deren Symptomatologie im Verlauf ausführlich beschrieben wird, bei denen zum Teil auch der Sektionsbefund vorlag, bespricht Verf. die wichtigsten differential-diagnostischen Momente zwischen der Mening. basilaris tuberculosa, der Mening. basilaris syphilitica und den Geschwülsten an der Gehirnbasis. Für die tuberkulöse Form der Basalmeningitis spricht einmal das Auftreten der Erkrankung in der Kindheit, weiter die erbliche Disposition, der Befund tuberkulöser Veränderungen an den übrigen Organen und höheres Fieber. Bei der tuberkulösen Meningitis findet sich ferner häufig Regidität der Halsmuskulatur, ausgesprochene Benommenheit, die Symptome seitens der Meningen gehen den Lähmungserscheinungen voraus, der Kopfschmerz pflegt dauernd vorhanden zu sein. Dagegen behält die syphilitische Form der Mening. basilaris vorzugsweise das Alter jenseits der 20—30 Jahre. Für die syphilitische Natur der Erkrankung sprechen ferner der Befund syphilitischer Veränderungen an den übrigen Organen, bei Frauen besonders Aborte; die Temperatur ist hier meist normal oder es besteht subfebrile Temperatur, eine Rigidität der Halsmuskulatur findet sich selten, die Benommenheit ist keine dauernde, das Sensorium zeitweise klar. Die Lähmung der Gehirnnerven entwickelt sich rapide, vorzugsweise nächtlicher Kopfschmerz.

Die Geschwülste der Gehirnbasis schließlich können sich in jedem Alter entwickeln, es fehlt bei ihnen das Fieber, dagegen kommt es hier zu einer rapiden Entwicklung einer hochgradigen Neuritis optica. Gelegentlich finden sich auch an den übrigen Körperorganen Neubildungen. Eine sichere

Diagnose ermöglichen diese differentiellen Momente jedoch durchaus nicht, wie Verf. selbst an entsprechenden Beispielen zeigt. *Behr.*

Fischer, Jessie Weston, A contribution to the study of the blood in manie-depressive insanity. *America journal of insanity*. April.

Verf. hat in fünf Fällen von manisch-depressivem Irrsein und zwar während des maniakalischen Stadiums ausführliche Blutuntersuchungen gemacht und kommt auf Grund dieser Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt keine pathognomische Blutveränderung während der maniakalischen Erregungszustände. 2. Die Anämie ist weder ein veranlassendes Moment noch eine ständige Begleiterscheinung der Krankheit. 3. Der Hämoglobingehalt und die roten Blutkörperchen sind häufig, wenn auch nicht immer, während der Erregung vermehrt. 4. Eine Leukocytose ist eine ständige Begleiterscheinung und wahrscheinlich das Resultat der psychomotorischen Unruhe. Mit der Besserung des psychischen Krankheitsbildes nimmt das Körpergewicht zu. *Behr.*

Vigouroux, Der Geisteszustand bei Gehirntumoren. *Revue de psych.* 1903. Févr. p. 45.

Örtlich begrenzte Tumoren bedingen an sich keine Störungen der Intelligenz oder des Charakters. Ausfallserscheinungen durch Aphasie können ohne tiefere allgemeine geistige Schädigung vorkommen. Die sog. Mania ist bei vielen Fällen von Stirnhirntumoren nicht beobachtet und deshalb kein konstantes Symptom. Schwäche der Ideenassoziation, Dämmerzustände und der psychische Torpor fallen der Hirnkompression, mitunter auch den heftigen Schmerzen zur Last. Der Gehirndruck kann durch Volumzunahme oder durch die Vermehrung des Liquors zustande kommen. Die einfache Demenz ist auf den Schwund der Tangentialfasern (*Raymond*) zurückzuführen. Ursächlich wirken hierbei neben der Kompression die Reizung durch Meningitis und durch die gebildeten Toxine ein. Mit dem Blödsinn können sich wechselnde Verfolgungswahnvorstellungen, Charakterveränderungen, Erregungs- und Depressionszustände ohne lokaldiagnostisch verwertbare Symptome verbinden. Die Psychosen bilden bei Hirntumoren stets eine zufällige Begleiterscheinung.

Tautzen.

Jones, Robert, Puerperal insanity. *American journal of insanity*. April 1903.

Verf. bespricht ausführlich die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der verschiedenen Formen von Puerperalpsychose. Etwas Neues

enthält die Arbeit nicht, auf die Einzelheiten näher einzugehen, würde zu weit führen. *Behr.*

Fuhrmann, Manfred, Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. — Mit 13 Kurven und 18 Schriftproben. — Preis geb. 5,75 M. Verlag von Julius Ambrosius Barth. — Leipzig. 1903.

Sich anschließend an die *Kräpelin*schen Anschauungen und auch im wesentlichen die *Kräpelin*sche Einteilung der Geisteskrankheiten beibehaltend, bespricht Verf. in gewandter Form und guter Darstellung die einzelnen Kapitel. —

Für ein propädeutisches Buch zu speziell kann man das *Fuhrmann*sche Buch als kurzgefaßtes Lehrbuch bezeichnen.

Seiffer, W., Atlas und Grundriß der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. *Jolly*, Geh. Medizinalrat, Berlin. — Mit 26 farbigen Tafeln und 264 Textabbildungen. — München. J. F. Lehmanns Verlag. 1902. — Preis geb. 12 M.

Ein ganz vortreffliches Buch ist der Grundriß von *Seiffer* und man kann dem Ausspruch von Prof. *Jolly* in seinem Vorwort nur zustimmen, daß das Werk seinen Meister lobe. Auf Grund des reichhaltigen Materials der Berliner Nervenlinik bringt *Seiffer* in vortrefflicher Weise die allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten. Das Buch wird sich bald als unentbehrlich für den Spezialisten erweisen.

Ausstattung und Druck sind vortrefflich.

Weygandt, Wilhelm, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. Mit 24 farbigen Tafeln und über 200 Textabbildungen. München. J. F. Lehmanns Verlag. 1902. — Preis geb. 16 M.

In bescheidener Weise nennt der Autor sein Werk einen Grundriß: es ist aber mehr als Lehrbuch zu bezeichnen. In vortrefflicher Darstellung behandelt W. die allgemeine und spezielle Psychiatrie und bietet alles, was dem Fachmann und demjenigen, der sich lernend mit der Psychiatrie beschäftigt, notwendig ist. — Die Klassifikation der Geisteskrankheiten ist gut und übersichtlich. Die Abbildungen treten keineswegs als Hauptsache in den Vordergrund.

Ausstattung und Druck ist wie immer bei den Lehmannschen Büchern vortrefflich.

Becker, Th., Einführung in die Psychiatrie. Mit spezieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Dritte vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1902. Preis 3 M.

Die verbesserte dritte Auflage der Einführung in die Psychiatrie eignet sich zur Kenntnis des allgemeinen Teils der Psychiatrie und bahnt das Verständnis für die geistigen Störungen dem Anfänger an. Einen Ersatz für ausführliche Lehrbücher will Verf. nicht geben; er will mit seinem Werkchen lediglich propädeutisch wirken.

Nach dieser Richtung hin kann die Einführung in die Psychiatrie auch empfohlen werden.

Ziehen, Psychiatrie für Ärzte und Studierende. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. — Mit 14 Abbildungen in Holzschnitt und 8 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig. — Verlag von S. Hirzel. 1902.

Die neue Auflage des vortrefflichen *Ziehenschen* Lehrbuches konnte nur allseitig mit Freude begrüßt werden. Klarheit und Übersichtlichkeit in der Einteilung des Stoffes, besonders auch in der Klassifikation der Krankheitsformen sind im wesentlichen Wert des Werkes. Ganz hervorragend eignet sich das *Ziehensche* Lehrbuch für den Studierenden; er wird ihm eine unentbehrliche Ergänzung des klinischen Unterrichtes sein.

7. Paralyse und syphilitische Psychosen.

Ref.: Schlüter-Gehlsheim.

Keraval et Raviart, Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Atrophie papillaire et décollement de la rétine. Archives de neurologie. August.

Es handelt sich um einen 38jährigen syphilitischen Trinker, der ausgesprochene Symptome der Paralyse bot und außerdem vollkommen blind war: rechts Netzhautablösung in der unteren Hälfte und in einem Teil der oberen, so daß die Papille verdeckt wurde, links Sehnervenatrophie. Bei der Sektion fand sich eine außerordentlich starke Vermehrung der Cerebrospinal-

flüssigkeit und Atrophie beider Sehnerven. Die Netzhautablösung war die Folge einer Chorioiditis mit starker Exsudation und Venenstauung, welche Verfasser mit den auch sonst bei Paralyse vorkommenden Entzündungsprozessen auf gleiche Stufe stellen. — Auf den sehr eingehenden Bericht über den mikroskopischen Befund bei der Retina kann hier nicht eingegangen werden.

Keraval et Raviart, L'État du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et les lésions anatomiques initiales et terminales. Archives de neurologie. Januar.

Verfasser haben bei 51 Paralytikern in der Anstalt Armentières den Augenhintergrund genau untersucht. Nicht weniger als 42 derselben (82 %) wiesen deutliche Veränderungen auf, dieselben fehlten nur bei Kranken, die sich gerade in einer Remission befanden oder bei denen das Leiden sich sehr allmählich entwickelte. Von sieben Patienten im vorgeschrittenen Stadium litten fünf an weißer Atrophie der Papille, einer an grauer Atrophie und einer an doppelseitiger Sclerochorioiditis posterior. Bei 13 Fällen war die Papille blaß mit verwaschenen Rändern, bei 22 anderen war der atrophische Prozeß noch im Beginn und hatte erst ein Segment der Papille ergriffen. Der ophthalmoskopische Befund wurde stets durch die mikroskopische Untersuchung kontrolliert und ergab regelmäßig diffuse Veränderungen an den Ganglienzellen und den Nervenfasern der Retina, welche in ganz vorgeschrittenen Fällen zu völliger Zerstörung der nervösen Elemente der Retina und Sklerose der Papille geführt hatten.

Cullerre, Fibromatose et paralysie générale. Archives de neurologie. April.

Eine 47jährige, dem chronischen Alkoholismus ergebene Frau zeigte bei ihrer Aufnahme in die Anstalt tiefe Verblödung und besonders hochgradige Gedächtnisschwäche, daneben Andeutungen von Größenideen; körperlich Steigerung der Sehnenreflexe und geringe Lähmungserscheinungen. Interessant wurde der Fall durch zahllose über den ganzen Körper zerstreute kleine Hautfibrome bis zur Größe einer Kirsche und von weicher oder festerer Konsistenz. Außerdem fand sich noch eine ganze Anzahl von pigmentierten Hautstellen von gelber bis schwarzbrauner Färbung. Die Sektion ergab eine progressive Paralyse. — Die Kranke gab an, daß die Hautaffektion von Geburt an bestanden und daß ihre Mutter ganz ähnliche Geschwülste gehabt habe. C. ist geneigt, diese Fibromatose als Zeichen einer angeborenen Schwäche des Nervensystems anzusehen, und weist darauf hin, daß die Paralyse mit Vorliebe belastete resp. degenerierte Individuen ergreift. Nach seiner Erfahrung sind fast alle Paralytiker aus der ländlichen Bevölkerung geistig wertige.

Pilcz, Über Ergebnisse elektrischer Untersuchungen bei Paralysis progressiva und Dementia senilis. Aus der k. k. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien. Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 23, Heft 3.

Verf. hat seine Prüfungen auf den Extensor digitorum communis brevis beschränkt. Untersucht sind im ganzen 46 Paralytiker und 8 Fälle von seniler Demenz, bei welchen neuritische Veränderungen nicht nachzuweisen waren. Bei der ersten Gruppe wurden möglichst frühe Stadien und körperlich noch rüstige Leute gewählt.

Von den Paralytikern mußten 6 wegen unvollständiger Untersuchung ausgeschieden werden, es blieben also noch 40. Unter diesen fanden sich bei 32 (80 %) deutliche Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Eine Beziehung dieser Befunde zu der Form der Paralyse, den Sehnenreflexen oder der etwaigen Lues ließen sich nicht nachweisen. *P.* führt die gefundenen Störungen nicht auf den cerebralen oder spinalen Prozeß zurück, sondern auf die Allgemeinerkrankung des Organismus, auf Stoffwechselanomalien, welche als letzte Ursache der Paralyse angesehen werden müssen.

Bei den sechs Fällen von seniler Demenz hatte das Krankheitsbild große Ähnlichkeit mit der *Korsakoffschen* polyneuritischen Psychose. *P.* glaubt, daß solche Fälle vielleicht überhaupt von der senilen Demenz zu trennen und als *Korsakoffsche* Krankheit bei senilen Individuen aufzufassen seien, was sich allerdings bei dem Mangel an histologischen Untersuchungen noch nicht entscheiden läßt.

Weber, Über die sog. galoppierende Paralyse nebst einigen Bemerkungen über Symptomatologie und pathologische Anatomie dieser Erkrankung. Aus der psychiatrischen Klinik und Poliklinik für Nervenkrankte in Göttingen. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 14, Heft 6.

Ein 64jähriger, luetisch infizierter Mann erkrankte psychisch: blühende Größenideen, Euphorie, zeitweise tobsüchtige Erregung. Nach vorübergehender Besserung Einsetzen einer melancholischen Phase mit Nahrungsverweigerung und rapidem Kräfteverfall (in drei Wochen ca. 30 Pfd.). Tod sieben Monate nach Beginn. Die Sektion ergab das Bild einer Paralyse in sehr frühem Stadium. Degenerationerscheinungen fehlten fast ganz, die mikroskopischen Veränderungen waren von frischer, produktiver Art und betrafen besonders die Gefäße. Die Erscheinungen an den nervösen Elementen waren gering und erst sekundärer Natur, die Gliawucherung beschränkte sich ganz auf die Umgebung der Gefäße. Auffallend gering waren die Befunde im Hirnstamm, Medulla oblongata und Rückenmark, was auch auf ein frühes Stadium des Prozesses hinweist.

Der Fall ist zu den „akuten“ Paralyse zu rechnen, aber nicht zu der von Buchholz als „foudroyante“ bezeichneten Form, da die Häufung körperlicher Symptome und der deliriumartige Verlauf fehlen. Er beweist aber, daß es eine Gruppe von Paralyse gibt, bei welcher der pathologisch-anatomische Grundprozeß in einer primären diffusen Erkrankung der mittleren und kleinsten Gefäße besteht. Es ist eine produktive Entzündung der Gefäßwand, deren neugebildeter Mantel mehr aus gewuchertem Bindegewebe besteht, als aus Blutelementen.

Massary, La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale. Archives générales de médecine, No. 47.

M. erklärt sich die verschiedenartige Wirksamkeit einer spezifischen Behandlung auf zweifellos syphilitische Affektionen aus der Verschiedenartigkeit der befallenen Gewebe und meint, daß nur die aus dem Mesoderm entstandenen, welche einer Proliferation anheimfallen, der Behandlung zugänglich sind, nicht aber diejenigen, welche degenerieren. Daher denn auch die Unwirksamkeit bei der Tabes, einer parasymphilitischen Erkrankung, im großen und ganzen. Da aber trotzdem bei Tabes und bei Paralyse ganz vereinzelte Heilungen nach antisymphilitischer Kur beobachtet sind, so ist man doch zu einem solchen Versuche verpflichtet, besonders wenn man die Krankheit von Anfang an behandeln kann oder wenn es sich um einen der so häufigen Rückfälle handelt.

Buder-Würzburg, Einseitige Großhirnatrophie mit gekreuzter Kleinhirnatrophie bei einem Falle von progressiver Paralyse mit Herderscheinungen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie etc., Bd. 60, Heft 4.

Bei einem 53jährigen Maurer fanden sich bei der Aufnahme in die Klinik: Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Sprachstörung und Blödsinn; daher Diagnose auf Paralyse gestellt. Nach apoplektiformen Anfällen dauernde rechtsseitige Hemiplegie. Die Autopsie ergab keinen Herd, aber starke Größen- und Gewichts-differenz zwischen den Großhirnhemisphären (linke um 154 g leichter als die rechte, die auch atrophisch war). Gehirngewicht im ganzen 990 g. Eine Entwicklungshemmung konnte nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, war aber unwahrscheinlich; vielmehr mußte als Ursache Paralyse angenommen werden wegen der charakteristischen Systemerkrankung im Rückenmarke (?). Eine Ursache für die besonders starke Atrophie der linken Hemisphäre war nicht zu finden. Als Grundlage für die rechtsseitige Hemiplegie ergab sich Degeneration der Ganglienzellen in der linken vorderen Zentralwindung mit einer solchen der Pyramidenbahn. Die rechtsseitige Klein-

hinatrophie war sekundär und Folge der linksseitigen Großhirnatrophie. besonders des Stirnhirns.

Schäfer-Langenhorn, Zur Kasuistik der progressiven Paralyse (lange Dauer und erhebliche Remission). Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie etc. Bd. 60, Heft 4.

Im ersten der beiden vom Verf. beschriebenen Fälle vergingen vom Auftreten der ersten sicheren Krankheitssymptome bis zum Tode rund sechzehn Jahre, wenn man einzelne schon vorher bestehende verdächtige Erscheinungen mit in Rechnung zieht, sogar 23 Jahre. Die Richtigkeit der Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt, bei welcher sich entsprechend der langen Dauer der Krankheit eine ungewöhnlich starke Atrophie des Gehirns fand (Gehirngewicht 1060 g bei einem Manne!). Ebenso war auch das Rückenmark sehr stark verschmälert. -- Der zweite Fall zeichnet sich durch eine auffallend lange und weitgehende Remission aus (rund zwei Jahre), während welcher Patient einen stenographischen Verein leitete, eine Reserveübung bei der Marine mit Auszeichnung durchmachte und auf seinen Wunsch aus der Entmündigung herauskam. Die Sektion ergab auch hier eine zweifelhafte Paralyse. -- Wegen der Einzelheiten muß auf die sehr ausführlichen Krankengeschichten verwiesen werden.

Donath-Budapest, Die Behandlung der progressiven Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 60, Heft 4.

D. hat nach dem Vorgange von *Mercklin*, *Lehmann*, *Ilberg* etc. bei Psychosen Versuche mit Infusionen gemacht und zwar hauptsächlich mit einer von ihm zusammengestellten „künstlichen Blutsalzlösung“, die er mittels eines auch von ihm konstruierten Apparates einspritzt. Er führt sechs Fälle von Paralyse an und je einen von Lues cerebri, Tetanie und Melancholie. Die Tetanie war nach ca. 14 Tagen geheilt und auch bei der Melancholie zeigte sich eine ganz frappant günstige und rasche Wirkung. Bei der Paralyse wurde besonders die Sprachstörung gebessert, auch hellte sich das Gedächtnis merklich auf, so daß ein Patient seine frühere Berufstätigkeit wieder aufnehmen konnte. Ob sich dauernde Besserungen oder Heilungen erzielen lassen, kann *D.* bei der Kürze der Zeit noch nicht entscheiden, meint aber, daß die Salzinfusionen ein sehr wertvolles Mittel zur Bekämpfung der Paralyse sind. Daneben müssen freilich die früheren therapeutischen Maßregeln, besonders Quecksilberkur bei sicherer Lues, auch noch angewandt werden. Natürlich darf man wirkliche Erfolge nur in den ersten Stadien der Krankheit erwarten.

Raimann, Zur Ätiologie der progressiven Paralyse. Aus der k. k. psychiatrischen u. Nervenlinik von Prof. v. Wagner in Wien. Wiener klin. Wochenschr. No. 13.

Zwei englische Autoren, *Bruce* und *Robertson*, haben vor kurzem die Theorie aufgestellt, daß die progressive Paralyse bedingt sei durch eine vom Magendarmkanal ausgehende chronische Vergiftung durch Bakterientoxine, und zwar nimmt ersterer das *Bacterium coli commune* als Haupturheber an. Der Einfluß der Lues soll darin bestehen, daß sie die natürliche Immunität des Körpers gegen die Toxine herabsetzt.

Verf. räumt ein, daß die Sektion bei Paralytikern sehr häufig Erkrankungen von Magen und Darm ergibt, glaubt aber, daß diese meist als eine Folge der durch die Paralyse hervorgerufenen Ernährungsstörungen anzusehen sind und nicht als Ursache der Paralyse. Auch haben seine Versuche, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, die ätiologische Bedeutung des *Bacterium coli* keineswegs bestätigt. Vielmehr wirkte das Blutserum von Paralytikern weniger agglutinierend auf diese Bakterien, als das von Nichtparalytikern. Wenn die Paralyse vielleicht auch als Toxin-erkrankung anzusehen ist, so ist doch keineswegs erwiesen, daß dieselbe durch den Darmkanal vermittelt wird.

v. Niessl, Über Stauungserscheinungen im Bereiche der Gesichtsvenen bei der progressiven Paralyse. Aus der Königlichen Nervenlinik in Leipzig. Berliner klinische Wochenschrift. No. 35.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die bei Paralytikern häufig vorkommende Cyanose des Gesichts, welche sich durch Hauptbeteiligung der Augenlider und mehr oder weniger ausgesprochene Ptosis von der bei Lungen- oder Herzerkrankungen auftretenden Stauung unterscheidet. Derselbe Befund kann auch bei anderen allgemeinen und lokalen Gehirnerkrankungen auftreten; ernstliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten werden aber durch ihn hier meist nicht hervorgerufen, große dagegen gelegentlich bei der Melancholie, welche ja als vorübergehendes Krankheitsbild bei der Paralyse keine Seltenheit ist. Doch wird eine genaue Berücksichtigung des ganzen Symptomenkomplexes auch hier fast immer vor Irrtümern bewahren.

Die Gesichtscyanose ist Folgeerscheinung einer durch Gefäßerkrankung hervorgerufenen Zirkulationsstörung. Dieselbe macht sich am frühesten bemerkbar in dem normalerweise schon schwierige Strömungsverhältnisse zeigenden Gebiet der *Arteria Fossae Sylvii et Corporis Callosi* — daher finden sich hier auch die ersten anatomischen Veränderungen bei Paralyse — und bewirken eine venöse Stauung im Gehirn, welche eine solche im Gebiete der *Vena jugularis* nach sich zieht.

Crocq, Un cas de paralysie générale septicémique. Bulletin de la société de médecins mentale de Belgique. April.

Eine 33jährige Frau, welche von Jugend an eine besondere Empfänglichkeit für Infektionen verschiedener Art gezeigt hatte, von Lues aber angeblich frei war, erkrankte nach einem Abort an einer sehr schweren puerperalen Sepsis. Nach einigen Monaten Krampfanfälle mit vorübergehenden Lähmungserscheinungen und Sprachstörung. Danach unter fortschreitender Verblödung Entwicklung einer progressiven Paralyse. Verf. betrachtet die septische Infektion als die auslösende Ursache der Paralyse und weist darauf hin, daß in der Literatur sehr häufig Infektionen und Intoxikationen der verschiedensten Art als Ätiologie angeführt werden. Syphilis ist keineswegs unerläßliche Bedingung, wenn auch in etwa 80 % der Fälle vorhanden. Stets aber muß eine „Prädisposition“ da sein (ein locus minoris resistentiae), deren Ursache eine sehr verschiedene sein kann. Wer eine solche Prädisposition nicht besitzt, kann sich allen Schädlichkeiten aussetzen, er wird doch nicht paralytisch werden.

Joffroy, A., and Mercier, On the utility of lumbar puncture in the diagnosis of general paralysis. The journal of mental pathology. Oktober-November 1902, Vol. III.

Die Verfasser weisen auf Grund zahlreicher Beobachtungen auf die Bedeutung der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei der progressiven Paralyse hin. Besonders in dem ersten Stadium der Krankheit, wo die Diagnose nicht selten den größten Schwierigkeiten begegnet, kann der Nachweis einer Vermehrung der weißen Blutkörperchen in den Liquor cerebro-spinalis von ausschlaggebender Bedeutung sein. Bei 50 verschiedenen Paralytikern wurde im ganzen 70mal die Lumbalpunktion ausgeführt. In 17 Fällen war die Vermehrung der Leukocyten eine derart beträchtliche, daß eine Zählung nicht vorgenommen wurde. Von den übrigen 53 Fällen fanden sich bei 8 Punktionen 5 bis 10 weiße Blutkörper im Kubikmillimeter, in 13 Fällen 10 bis 20, in 18 schwankte die Anzahl zwischen 20 und 50, in weiteren 8 Fällen waren es 50 bis 100, in einem Fall wurden 100 bis 200 und in einem letzten 204 weiße Blutkörper im Kubikmillimeter gezählt. Nur in 4 Fällen war der Befund mit 0 bis 5 Leukocyten normal oder annähernd normal. Von den drei hierbei in Frage kommenden Kranken handelte es sich aber nur in einem Falle um eine zweifellose Paralyse mit negativem Befund, während in den beiden anderen Fällen die Dauer der Erkrankung (7 resp. 12 Jahre) auf eine mit psychischen Störungen komplizierte Tabes hinwies. Eine Vermehrung der Leukocyten konnte ferner in einem Falle von syphilitischer Meningitis mit Pupillenstarre festgestellt werden. Alle übrigen Psychosen, Dementia praecox, Verwirrtheit, maniakalische Erregungszustände, Epilepsie usw. ergaben einen völlig normalen Befund, ebenso zeigte die Untersuchung der Cerebro-

spinalflüssigkeit bei Alkoholisten, bei Herderkrankung im Gehirn keine Abweichungen von der Norm. Wie schon erwähnt, war besonders in den ersten Stadien der Befund von Leukocyten durchweg ein besonders reichlicher. Der differentialdiagnostische Wert wird dadurch besonders erhöht. Von großer Wichtigkeit ist der Ausschluß sonstiger Affektionen des Nervensystem, die an sich eine Vermehrung der Leukocyten zur Folge haben. Erwähnt wird ein Fall von Meningitis syphilitica.

Behr.

Vaschide, N., and Meunier, H., On the cutaneous temperature in the general paralytics. The journal of mental pathology. Oktober-November. Vol. III.

Verfasser haben bei neun Paralytikern in den letzten Stadien die Temperatur an verschiedenen Stellen der Haut gemessen und fanden regelmäßige zum Teil erhebliche Differenzen auf beiden Seiten. Anfälle bestanden zur Zeit der Messung nicht. Verfasser halten diese Differenzen in der Hauttemperatur beider Körperhälften nicht für eine vorübergehende, auf vasomotorischen Störungen beruhende Erscheinung, sondern für ein feststehendes Symptom der progressiven Paralyse.

Behr.

Vurpas, Über kombinierte Paralyse und multiple Sklerose in Begleitung von syphilitischen Erscheinungen. Revue de psychiatrie. juillet. p. 282.

Bei der am 31. März 1897 aufgenommenen 40jährigen Frau wurde konstatiert: Zittern der Lippen, langsame skandierende Sprache, Silbenstolpern, Intensionszittern und Ataxie. Die linke Pupille war weiter als die rechte, beide reagierten träge auf Lichteinfall; die Patellarreflexe fehlten, die Bicepsreflexe waren gesteigert. In der Folgezeit mehrfache epileptiforme Attacken und im Mai 1898 ein Anfall, gefolgt von rechtsseitiger Hemiplegie und motorischer Aphasie. Einige Monate später trat am Rücken ein tertiäres syphilitisches Geschwür auf. Nach monatelanger erfolgloser Behandlung durch Jodkali (2,0 p. d.) bei gewöhnlicher Diät erfolgt erst nach Einführung strenger Milchkost unter Fortsetzung der Jodkalitherapie rasche Abheilung. Bei der Sektion findet sich ein für die Paralyse charakteristischer Befund. Die Ganglienzellen der Rinde, nach *Nissl* gefärbt, zeigen diffuse chromophile Färbung, sie sind deformiert, durch Rundzellen verändert und haben verlagerte Kerne. Im Cervikalmark sind die sich kreuzenden Pyramidenstränge sklerosiert, im Lenden- und Brustmark kommt eine Sklerose im Gebiet einzelner Hinterstränge neben den veränderten Pyramidensträngen vor. Daß im Verlauf der Paralyse manifeste syphilitische Erscheinungen ausbrechen und spezifisch geheilt werden, betrachtet Verf. mit Recht als Seltenheit. Das anfängliche Ver-

sagen der Jodkalithérapie bei gewöhnlicher Diät und ihre sofortige Wirkung nach Einführung eines strengen Milchregime führt er auf vermehrte Kraft des Jodsalzes infolge von Kochsalzentziehung zurück. *Tantzen.*

Klippel, Die Läsionen des Rückenmarks und der Spinalnerven bei Paralyse. *Revue de psych.* Okt. p. 397.

Die Beteiligung des Rückenmarks und der peripheren Nerven an den durch die Paralyse bestimmten krankhaften Prozessen findet nach *K.* in folgender Weise statt.

1. In der weißen Substanz sind vorzugsweise die gekreuzten Pyramidenbahnen und die Hinterstränge betroffen.
2. Ist die Degeneration der Pyramidenbahnen abhängig von der kortikalen Encephalitis der motorischen Gehirnrindenregion, so ist sie intensiver als bei primärer Schädigung des Rückenmarks.
3. Die Veränderungen der Hinterstränge sind anatomisch nicht von einer vorgeschrittenen Tabes abzutrennen.
4. In der grauen Substanz pflegen die Nervenzellen an Zahl vermindert zu sein. Die Netze der Nervenfasern sind in den Vorderhörnern und den *Clarkeschen* Säulen vielfach geschwunden.
5. Alle Läsionen sind deutlicher im Cervikal- und im Dorsalmark als im Lendenmark.
6. Das geschonte Gebiet pflegt sich ziemlich regelmäßig auf die Vorderstränge und die Vorderseitenstränge zu beschränken mit Ausnahme des gewöhnlich angegriffenen *Türckschen* Bündels.
7. Die anatomischen Veränderungen können so gering sein, daß ihnen ein funktioneller Ausfall nicht zu entsprechen braucht.

Bei der Untersuchung der Muskeln fand Verf. braune Atrophie und Vermehrung der Kerne. In den peripheren Nerven sind zahlreiche Fasern degeneriert. Die erste Veränderung der Ganglienzellen besteht in der Chromatolyse. Das Myelin der Nervenfasern gewinnt an Umfang und wird flüssig zuerst im Zentrum, später auch an der Peripherie. Der Achsenzyylinder schlängelt sich und zerfällt. Dann folgt die Sklerosierung. Gefäße und Glia sind in doppelter Weise beteiligt. Bei der exsudativen oder myxomatösen Form fehlen die Entzündungserscheinungen. Die Gefäße sind dilatiert entsprechend dem Ausfall des nervösen Gewebes und scheiden seröse Massen aus. Die Glia ist unbeteiligt. Bei der entzündlichen Form ist der präadventitielle Raum angefüllt mit Körnchenzellen und die Glia gerät sekundär in Wucherung. *Tantzen.*

Meunier, Notiz über die Messung der Druckempfindlichkeit in ihrer Beziehung zur geistigen Arbeit. *Revue de psych.* Sept. p. 389.

Bei einem gesunden 29jährigen Mann wurden die Tastkreise an verschiedenen Hautstellen mittels abgestumpfter Zirkelspitzen gemessen. Während

der geistigen Arbeit (Rechnen von Multiplikationen) verminderte sich die Berührungsempfindlichkeit; die Tastkreise wurden größer. *Tantzen.*

Ceni e Besta. Reazione dei paralitici all' antisiero umano. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1—2.

Die Verf. injizierten Kaninchen mit Serum von Paralytikern und anderen Geisteskranken, in Mengen von 60 bis 70 ccm innerhalb zwei Monaten. Dann wieder zurück in steigenden Dosen von $\frac{1}{2}$ bis 6 bis 14 ccm. Das Serum der mit Paralytikerserum gespritzten Kaninchen blieb bei Paralytikern ohne Wirkung, nur lokal entstanden leichte Rötung und Schwellung, nicht anders als nach Einspritzung des mit normalmenschlichem Serum gewonnenen Kaninchenserums. Wurden diese beiden Sorten Sera normalen Individuen eingespritzt, so brachte jedes zwar die gleichen örtlichen Erscheinungen hervor, aber doch stärker als bei den Paralytikern. Bei den Paralytikern selbst bestand wieder ein Unterschied der Reaktion, je nach dem Stadium der Krankheit: im Anfang war die Reaktion stärker, gegen Ende trat sie überhaupt nicht mehr auf. Die Verff. heben den Gegensatz der Ergebnisse hervor, die sie mit diesen Versuchen und den früheren, mit Epileptikerserum angestellten, gewonnen haben, und schließen daraus, daß, da das Serum bei Paralytikern nicht in ähnlicher Weise wirkt, wie das Serum bei Epileptikern, sei's bei der Einspritzung bei Kaninchen, sei's bei der Rückübertragung, im Blute der Paralytiker keine toxischen Substanzen kreisen von der Herkunft und Bedeutung, wie die im Blut der Epileptiker. Damit würde die von *Kraepelin* verfochtene Stoffwechseltheorie der Paralyse in Frage gestellt werden. *Ganter.*

Klippel et Lefas, Le sang dans la paralysie générale et le tabes. Archives centrales de médecine. B. 191, H. 17.

Verf. fanden in den Anfangsstadien eine Vermehrung der polynukleären Zellen, im späteren Verlauf auch eine solche der Lymphocyten, was sie als Reaktion des Organismus gegen die stattgehabte Infektion deuten. Die Verff. betrachten beide Krankheiten als durch Infektion hervorgerufen. *Ganter.*

Kramer, Jost D., Examination of the general cerebro-spinal fluid in general paralysis. America journal of insanity. July.

Verf. fand bei elf Paralytikern die Zahl der Leukocyten in der Cerebro-spinalflüssigkeit zum Teil ganz erheblich vermehrt, ebenso war das spezifische Gewicht der Flüssigkeit ein höheres, als bei den sonst untersuchten Fällen. Unter 13 Fällen von Dementia praecox fanden sich achtmal keine Leukocyten im Kubikmillimeter, in vier Fällen wurde je eins, in einem Falle zwei

Blutkörperchen nachgewiesen. Verf. schreibt diesem Befunde in differential-diagnostischer Beziehung große Bedeutung zu. *Behr.*

Garbini, Un caso di siflide contratta nel periodo iniziale della paralisi progressiva. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29. H. 1—2.

Ein 43 Jahre alter Mann zog sich in dem Anfangsstadium der progr. Paralyse Syphilis zu, was den üblichen Anschauungen widerspricht. Verf. macht zwei Annahmen: die Paralyse wird durch verschiedene Ursachen hervorgerufen. Die Syphilis gehört dazu, aber nicht unbedingt. Für sich allein genügt sie nicht, um Paralyse hervorzurufen. Oder: die Syphilis kann vollständig geheilt sein, aber doch den Grund zu den spät auftretenden parasyphilitischen Symptomen (der Paralyse) gelegt haben, unbeschadet deren eine neue Infektion möglich ist. *Ganter.*

8. Epilepsie und Hysterie.

Ref.: Vorster-Stephansfeld.

Chotzen, Zur Kasuistik der epileptischen Psychosen. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. No. 39.

Ch. beschreibt einen sehr bemerkenswerten Fall von einer epileptischen Psychose bei einem Epileptiker, den man ohne Kenntnis der Anamnese und des weiteren Verlaufs für eine katatonische hätte halten können, indem unter andern auch Stereotypien und Manieren auftraten. Die ausführliche Beschreibung möge im Original nachgelesen werden, da sie sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignet.

Wende, Beiträge zur Blutserumbehandlung der genuinen Epilepsie nach Ceni. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. No. 35 u. 36.

Ceni hat durch seine Behandlungsmethode der Epilepsie, die darin besteht, daß Epileptikern das Blutserum epileptischer Individuen in stetig steigender Dosis injiziert wird, überraschend günstige Resultate erzielt: Der Ernährungszustand besserte sich rapide, die epileptischen Krankheitsäußerungen gingen zurück und zwar nahmen nicht nur die motorischen Erscheinungen an Häufigkeit und Intensität ab, sondern auch die psychischen Störungen; der Schwachsinn besserte sich. *Wende* prüfte dieses Verfahren bei zwölf

Epileptikern und fand, daß bei der Mehrzahl der Patienten eine gewisse Besserung ihrer epileptischen Erkrankung erzielt wurde, indem das Körpergewicht zunahm, die Anfälle abnahmen und in wenigen Fällen auch das psychische Verhalten günstig beeinflußt wurde. In zwei Fällen wirkten die Seruminjektionen, wie das auch von *Ceni* beobachtet ist, entschieden toxisch.

Horstmann, Migräne und Epilepsie. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. p. 360.

H. liefert einen interessanten Beitrag zu der Frage der Verwandtschaft zwischen Migräne und Epilepsie. Bei einer erblich belasteten neuropathischen Frau werden zwei Arten von Anfällen beobachtet, einmal solche, die mit plötzlichem Bewußtseinsverlust, Konvulsionen, Harnabgang und Zungenbiß einhergehen und als epileptische zu bezeichnen sind, dann plötzlich eintretende Anfälle von Kopfschmerzen, die periodisch bei freiem Intervall wiederkehren und einen sekretorischen Abschluß (mit Erbrechen und Diarrhöe) haben. Diese Anfälle stehen in bestimmten zeitlichen Beziehungen zum Geschlechtsleben der Patientin. Zur Zeit der Menses, wo die Umwälzungen im Organismus stärkere und deutlichere sind, reagiert die Kranke mit epileptischen Anfällen; zur Zeit der Laktation und in den Zeiten jenseits der Menopause, wo diese periodischen Umwälzungen nur geringerer Art sind, kommt es zur Auslösung von Migräneanfällen. *H.* hält darnach die Möglichkeit einer Abschwächung von epileptischen Anfällen zu migränösen für nicht ausgeschlossen.

Der bei Epilepsie häufige, bei Migräne aber anscheinend nicht vorkommende Ausgang in Schwachsinn würde nur einen graduellen Unterschied, aber nicht einen qualitativen beweisen.

Wildermuth, Über die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen. 3. Auflage. Carl Marhold, Halle. 1904.

In klaren, einfachen Worten hat *W.* hier das kurz zusammengefaßt, was die Pfleger von Epileptischen wissen müssen. Alles überflüssige Beiwerk ist vermieden. Das Büchlein sollte jeder Pfleger von Epileptischen in Händen haben.

Probst, Über Opocerebrinbehandlung der Epilepsie. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1903 p. 305.

Trotz der vielfach guten Empfehlungen des Mittels ging *Pr.* nur mit geringem Vertrauen an dessen Prüfung. Es wurden neun epileptische Kranke behandelt mit täglich zwei Tabletten Opocerebrin à 0,2 g nebst 3 g Bromnatrium. Die Resultate waren völlig negativ.

Bianchini, Levi, Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique.
 Extrait de la nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1903
 No. 4.

B. beschreibt bei einem 48jährigen Mann, der seit 34 Jahren an Epilepsie leidet, eine eigentümliche angeborene Mißbildung der Zunge. Die Oberfläche der Zunge ist von tiefen Furchen durchzogen und erinnert so in ihrem Aussehen an die Oberfläche des Gehirns. *B.* erklärt diesen Befund dadurch, daß der *Musculus lingualis superficialis* sich in seiner ganzen Ausdehnung nicht gleichmäßig, sondern in getrennten Bündeln entwickelt hat, während die Schleimhaut den Grund der zwischenliegenden Furchen auskleidete. Mit zunehmendem Wachstum wurde diese Mißbildung deutlicher. Eine Photographie veranschaulicht uns das eigentümliche Aussehen der Zunge.

Mangelsdorf, Über ein Phänomen am Magen bei Migräne und Epilepsie. Berliner klin. Wochenschr. No. 44.

M. machte bei Migränekranken die Beobachtung, daß der Magen während eines Migräneanfalles größer war als sonst. Seiner Ansicht nach wird durch häufige Migräneanfälle der Tonus des Magens dauernd verändert und die Migräne bildet so eine sehr häufige Ursache der Magenatonie. Auch bei Epileptischen soll sich nach längerer Dauer der Krankheit bei einiger Häufigkeit der Anfälle Magenatonie nachweisen lassen.

Tschije, Larvirte Epilepsie. Irrenfreund XLII. Jahrg. No. 9 u. 10.

Ein 22jähriger Mann erschlug in einer Nacht seine Mutter, seinen Bruder und seine Schwägerin und verletzte seinen Vater schwer — ohne irgend einen Grund. Alle diese Personen hatten mit ihm in demselben Zimmer zusammen geschlafen. Nach der Tat verfiel er in einen tiefen Schlaf. Aus diesem geweckt, benahm er sich sehr sonderbar, sprach gar nicht oder antwortete nur „ja, ja“, hatte an die Tat selbst keine Erinnerung. Am Munde hatte er blutigen Schaum. Die Augen hatten einen eigentümlichen metallisch matten Glanz. Dieser Augenglanz tritt nach *Tschije* immer auf nach einem echten epileptischen Anfälle oder Äquivalente als Folge der Vergiftung, welche die epileptischen Zustände hervorrufen.

In dem Vorleben dieses Epileptikers fanden sich keine nervösen Störungen, kein Alkoholismus, kein Verbrechen.

Maxwell, J., L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie.

Der Verf., Oberstaatsanwalt am Appellationsgericht zu Bordeaux, hat nach mehrjährigem, ab ovo beginnendem medizinischen Studium das vorliegende Werk als Thèse der Fakultät vorgelegt.

Er beginnt mit einer psychologisch-physiologischen Betrachtung über das Bewußtsein, das Gedächtnis und deren Störungen. Es folgt sodann eine kurze Schilderung der klinischen Erscheinungen der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Äquivalente, die in einem für die Besprechung geeigneten Schema vorgeführt werden. Allerdings erscheint diese Einteilung, wie Verf. selbst zugibt, etwas künstlich; z. B. werden die Fugues den motorischen Entladungen zugerechnet, auch wo sie in ganz geordneten Formen geschehen.

Aus den weiteren Ausführungen sei folgendes hervorgehoben: Die Amnesie kann nach epileptischen Anfällen der verschiedensten Art fehlen. Sie fehlt in der Regel bei der rein sensibeln Form (zu der z. B. gewisse Migräneformen zu rechnen sind). Sie ist gewöhnlich um so beträchtlicher, je stärker die Inkoordination, sei es der Bewegungen, sei es der psychischen Akte, war. Sie kann einfach, retrograd, anterograd sein, vollständig oder partiell, dauernd oder vorübergehend; sie kann auch retardiert auftreten.

Besteht Amnesie, so dürfen wir annehmen, daß eine Bewußtseinsstörung epileptischer Natur vorgelegen hat. Durch das Fehlen der Amnesie wird das Gegenteil indes nicht bewiesen. Ein Beweis für völlige Bewußtlosigkeit ist Amnesie nicht. Sie ist nur ein Zeichen, daß eine Störung des normalen „alltäglichen“ Bewußtseins stattgefunden hat, sei es eine quantitative — Verminderung oder Aufhebung der Fähigkeit, Eindrücke aufzunehmen und zu kontrollieren — oder eine qualitative: Veränderung der normalen Persönlichkeit, wie sie ähnlich bei der Hysterie beobachtet ist.

Der Sachverständige wird also im allgemeinen zu erklären haben, daß ein Epileptischer, der für einen Vorfall amnestisch ist, während dieses Vorfalls nicht so weit Herr seines freien Willens war, daß er strafrechtlich verantwortlich gemacht werden könnte. In den Fragen zivilrechtlicher Verantwortlichkeit und der Geschäftsfähigkeit ist eine eingehende Untersuchung nötig, ob der freie Wille gänzlich aufgehoben oder nur vermindert war. Im ersten Fall existiert auch keine zivilrechtliche Verantwortlichkeit, im zweiten kann sie unter gewissen Bedingungen existieren. Eine Analyse dieser Bedingungen eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

Bei Charakterveränderungen, Stimmungsanomalien — die Verf. zu den Dämmerzuständen im weiteren Sinne rechnet — tritt er für verminderte Zurechnungsfähigkeit ein.

Der einfache Erinnerungsdefekt wie die retrograde Amnesie können zwar den Grund abgeben, daß für bestimmte Vorgänge die Unverantwortlichkeit eines Epileptischen ausgesprochen wird; einen Grund zur Entmündigung geben sie jedoch nicht ab. Anders steht es mit der anterograden, fast stets progressiven Amnesie, die von schwerer Bedeutung ist, meist zu Demenz führt und die Entmündigung berechtigt erscheinen läßt.

Wird Amnesie angegeben, nachdem der Täter schon ein Geständnis abgelegt hat oder andere Umstände glaubhaft erscheinen lassen, daß er Erinnerung an die begangene Tat hatte, so ist das noch kein Beweis für

Simulation. Vielmehr ist der Tatsache, daß die Amnesie auch retardiert eintreten kann, Rechnung zu tragen. Ebenso wenig ist eine nur partielle Amnesie ein Beweis für Simulation.

Besprochen werden ferner die Zeugnisfähigkeit der Epileptiker, die Frage, ob ein Epileptiker wegen einer Tat, die er bei normalem Geisteszustand begangen hat, abgeurteilt werden kann, wenn er für diese Tat retrograd amnestisch ist (verneinend) etc. Durch zahlreiche Krankengeschichten und Heranziehung konkreter Streitfragen wird die Lektüre wesentlich erleichtert.

Ein über 60 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis ist angefügt.

Die Schrift bringt so viel des Interessanten, daß man der Absicht des Autors, die Amnesien im allgemeinen vom forensisch-medizinischen Standpunkt zu behandeln, nur baldige Verwirklichung wünschen kann.

Ranschoff.

Tiburtius, Dr., Einiges zur Epilepsiefrage. (Vorläufige Mitteilung.)

Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. p. 65.

Verf. stellt die auch von anderer Seite schon mehrfach behauptete Hypothese auf, daß es sich bei der genuine Epilepsie um eine Autointoxikation handle. Zu dieser Auffassung bestimmte ihn die Beobachtung, daß es ihm in mehreren Fällen gelang, typische epileptische Krämpfe durch bestimmte Maßnahmen willkürlich auf der Stelle zum Verschwinden zu bringen resp. dieselben zu erzeugen.

Bei einem Epileptiker, der seit 10—15 Minuten schwere epileptische Krämpfe hatte und besinnungslos dalag, gelang es wiederholt durch einfaches Erheben des Oberkörpers in sitzende Stellung, die Krämpfe fast sofort zum Verschwinden zu bringen und die Rückkehr des Bewußtseins herbeizuführen. Sowie der Oberkörper dann wieder in liegende Stellung gebracht wird, setzen die Krämpfe wieder in voller Intensität ein. Dieses Experiment wird zehnmal hintereinander mit dem gleichen Ergebnis wiederholt.

In andern Fällen konnten epileptische Krämpfe von den Kranken selbst dadurch erzeugt werden, daß sie mit gespannter Aufmerksamkeit minutenlang auf einen nahen Gegenstand sahen. Nach fünf bis zehn Minuten trat, wenn „ihre Zeit gekommen“ war, ein epileptischer Anfall auf und zwar nach Ansicht des Verf. infolge der durch die starke Anspannung der Aufmerksamkeit bewirkten Zunahme der Blutfülle im Gehirn.

Tiburtius, Dr., Einiges zur Epilepsiefrage. (1. Fortsetzung.)

Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. p. 317.

Zur Prüfung der Frage, ob ein hypothetisches Epilepsietoxin sich namentlich während eines Status epilep. vor allem in der Gehirnrinde anhäuft und dort vielleicht nachweisbar sei, stellte Verf. Versuche an mit dem Gehirn eines im Status verstorbenen Epileptikers, indem einerseits Teile der

Gehirnrinde, andererseits Teile der großen Ganglien besonders präpariert und Tieren eingespritzt wurden. Es ergab sich dabei, daß nur die Flüssigkeit, welche mittels Zerreiben von Gehirnrinde in physiologischer Kochsalzlösung erhalten war, zweifellos giftig auf den tierischen Organismus wirkte, während sich die Aufschwemmungen der großen Ganglien als indifferent erwiesen. Der Zusatz von Borsäure hatte einen deutlich abschwächenden Einfluß auf die Wirksamkeit der Injektionsflüssigkeiten.

Ruecke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. 178 S. Halle. C. Marhold 1903.

R. stützt sich bei seiner Darstellung der transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker auf 150 Krankengeschichten aus der Tübinger Klinik und der Frankfurter Irrenanstalt. In sämtlichen Fällen handelt es sich um Kranke mit echter idiopathischer Epilepsie, alle epileptiformen Zustände infolge größerer anatomischer Gehirnkrankheiten und sicherer toxämischer oder urämischer Prozesse sind ausgeschlossen.

Ausgehend von der alten Einteilung in präparoxysmelle und postparoxysmelle Geistesstörungen sowie in Äquivalente werden bei jeder dieser Gruppen gesondert betrachtet die Formen, welche sich darstellen:

1. als traurige oder freudige Verstimmung,
2. als halluzinatorischer Zustand,
3. als mehr traumhafter Zustand mit zwangsartigen Impulsen,
4. als paranoider Zustand,
5. als Verwirrtheit.

R. spricht sich in Übereinstimmung mit den meisten Autoren gegen die Annahme eines besonderen Krankheitsbildes der Hysteroepilepsie aus. Entweder tritt in seltenen Fällen die Epilepsie zur Hysterie oder, und das ist das Gewöhnliche, die Hysterie tritt zur Epilepsie. Das häufige Auftreten hysteriformer Symptome bei Epileptischen ist praktisch sehr beachtenswert, indem wir daraus ersehen, daß die Beobachtung eines ausgesprochen hysterischen Anfalles allein für die Diagnose nicht ausschlaggebend sein darf.

Die periodischen Verstimmungen *Kraepelins* scheinen ihm bei noch nicht vorgeschrittenem Leiden relativ selten zu sein und keine sehr große Rolle zu spielen. *R.* glaubt sie teilweise bei den paranoiden Äquivalentformen unterbringen zu müssen. Die häufigen Stimmungsschwankungen dementer Epileptiker dürfen nicht ohne weiteres als Äquivalent angesprochen werden, vielmehr genügt jeder Schwachsinn, um große Reizbarkeit und raschen Wechsel der Affekte ohne genügende Motivierung hervorzubringen. *R.* weist die Annahme zurück, daß aus stärkeren Affektschwankungen allein eine bestimmte Diagnose auf Epilepsie gestellt werden könne.

Die alte Lehre, wonach gerade kurzdauernde Prodromalsymptome, plötzlicher heftiger Ausbruch mit tiefer Verwirrtheit und schwerer motorischer Unruhe, schließlich rasches Abklingen mit nachfolgendem Erschöpfungs-

stadium und mehr weniger weitgehender Amnesie für die Diagnose der Äquivalente charakteristisch sein sollten, ist, wie *Raecke* mit Recht betont, nicht mehr aufrecht zu erhalten, da die gleichen Erscheinungen auch bei andern Krankheitsformen vorkommen und andererseits epileptische Bewußtseinsstörungen unter Umständen mit äußerlich geordnetem Verhalten und geringem Affekt einhergehen, ganz allmählich abklingen und keinen merklichen Erinnerungsdefekt hinterlassen können.

Für die epileptischen Verwirrheitszustände ist charakteristisch die Desorientierung für Zeit und Ort, während das Bewußtsein der eigenen Persönlichkeit nicht wesentlich gestört zu sein pflegt, ferner vor allem die Inkohärenz des Vorstellungsablaufs. Gegenüber den Assoziationsstörungen spielt der Affekt meistens nur eine geringe Rolle.

Alle Einzelerscheinungen der epileptischen Verwirrtheit kommen gelegentlich bei andern Irrsinnsformen vor und unter Umständen ist eine Abgrenzung von andern Formen, besonders auch von den katatonischen Verblödungsprozessen, nicht möglich. Auch die von *Kraepelin* angegebenen differentialdiagnostischen Kennzeichen sind oft keineswegs ausreichend.

Für die Diagnose des epileptischen Irreseins kommen nach *R.* unserm derzeitigen Standpunkte nach zwei Momente in Betracht:

1. Es muß konstatiert werden, daß die betreffende Geistesstörung klinisch den Charakter einer epileptischen trägt.
2. Es muß das Bestehen einer genuinen Epilepsie nachgewiesen sein.

Hoppe, J., Epilepsie und Harnsäure. Wiener klin. Rundsch. No. 45.

Bekanntlich hat *Krainsky* behauptet, es bestände ein gewisser Zusammenhang zwischen dem Auftreten der epileptischen Anfälle und dem Ausscheiden der Harnsäure. Die Harnsäureausscheidung sei vor den Anfällen regelmäßig vermindert und es finde sich in den Geweben der Epileptiker eine ihr nahe verwandte, aber giftige Verbindung, die Karbaminsäure. *H.* weist nun darauf hin, daß diese Annahmen nicht zutreffend sind und daß ähnliche Schwankungen der Harnsäureausscheidung sich auch bei andern Personen finden, die niemals epileptische Anfälle gehabt haben. Versuche, die bei Epileptikern in Uchtsprünge gemacht wurden, ergaben in Übereinstimmung mit anderweitig angestellten Versuchen keine derartigen regelmäßigen Schwankungen der Harnsäureausscheidung.

H. findet es auffallend, daß *Krainsky* die Nahrung, welche die Versuchspersonen erhielten, gar nicht erwähnt und berichtet über Versuche, welche in dieser Beziehung in Uchtsprünge angestellt wurden. Ausgehend von dem Gedanken, daß bei der Darreichung des Nahrungseiweißes in einer Form, bei der relativ wenig Harnsäure gebildet wird, auch die Zahl der epileptischen Anfälle eine Verminderung erfahren müsse, wurden 24 Epileptiker zuerst sechs Wochen lang mit gemischter, d. h. zum Teil animalischer

Diät genährt, dann sechs Wochen lang mit vegetarischer Ernährung unter Zusatz von Roborat, einem Eiweißpräparat, durch dessen Abbau wenig Harnsäure gebildet wird, und schließlich wieder sechs Wochen lang mit der gewöhnlichen gemischten Kost. Dabei ergab sich, daß die Ernährung mit einem Eiweißmaterial, bei welchem zur Bildung von giftigen Komponenten der Harnsäuresynthese relativ wenig Gelegenheit geboten ist, einen Einfluß auf die Zahl der Anfälle nicht ausübt. Dies müßte aber der Fall sein, wenn die *Krainskysche* Theorie der Epilepsie richtig wäre.

Düms, Dr., Oberstabsarzt, Epileptische Dämmerzustände bei Soldaten. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1902 No. 3.

In diesem sehr lesenswerten Aufsätze bespricht Verf. die psychischen Störungen bei epileptischen Soldaten. Wenn diese Formen auch naturgemäß mit den sonst bekannten sich decken, so erhalten sie doch eine eigene Färbung durch die besonderen Verhältnisse und Bedingungen, unter denen sie in die Erscheinung treten. Auch für den Militärarzt hat wohl keine andere Seelenstörung ein so weitgehendes forensisches Interesse, wie die epileptische. Und eine genaue Kenntnis aller epileptischen Zustände ist dringend geboten, zumal damit der Militärarzt sich nicht beirren lasse durch veraltete Vorschriften, denen zufolge der Krankheitsbegriff der Epilepsie erst sichergestellt wird durch den Nachweis des epileptischen Krampfanfalls. Diese mit der wissenschaftlichen Forschung in Widerspruch stehende Vorschrift sollte man doch möglichst bald beseitigen.

Creite, Zur Pathogenese der Epilepsie (Multiple Angiome des Gehirns mit Ossifikation). Münchener mediz. Wochenschr. No. 41.

Bei einer 21jährigen Frau, die seit frühester Jugend an Epilepsie gelitten hatte und im status epilepticus starb, fanden sich multiple karzinöse Angiome von Stecknadelkopf- bis Haselnußgröße in Rinde und Mark verstreut, die beiden größten im gyr. margin. links und am Fuß der linken dritten Stirnwindung. Im ersten dieser beiden führten die das Angiom durchsetzenden bindegewebigen Septen Knochenbälkchen. Verf. erörtert die Frage nach der Bedeutung des Befundes für die Entstehung der Epilepsie. Der Charakter der Anfälle und die gleichmäßige deutliche Wucherung der Rindenglia sprachen für genuine Epilepsie. *Matusch.*

Halmi und *Bagarus*, Über Behandlung der Epilepsie nach der Methode Toulouse-Richet. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 4. Jahrg. S. 525.

Verff. berichten über die Versuche in der Irrenabteilung des allgemeinen Krankenhauses des Békéser Komitats. Sie können die oligochlorische Methode

nicht empfehlen, da sie eine objektive Besserung nicht beobachteten, und die Kranken die Fortsetzung der Kur entschieden verweigerten. Da bei der künstlichen Entziehung des Chlor die Bromwirkung besser zur Entfaltung kommt, so ist immerhin mit einer eventl. schweren Bromvergiftung zu rechnen. Darum halten Verff. die Methode für entschieden gefährlich.

Umpfenbach.

Heilbronner, Über epileptische Manie nebst Bemerkungen über die Ideenflucht. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. XIII.

H. beschreibt hier zwei Epileptiker, die zeitweise im Anschluß an ihre Anfälle oder an Serien von Anfällen manische Krankheitszustände zeigten. Bewegungsdrang, Ideenflucht, Ablenkbarkeit usw. Es gibt demnach epileptische Manien, wenn auch selten. Auf die weiteren psychologischen Ausführungen *H.s* über Ideenflucht etc. einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Umpfenbach.

Spratling, William P., Results of brain surgery in epilepsy and congenital mental defect. American journal of insanity. July.

33 Epileptiker, von denen bei 20 das Trauma ätiologisch eine gewisse Rolle spielte, wurden trepaniert. In 21 Fällen war eine Besserung nicht zu konstatieren, bei acht Kranken trat eine Besserung ein, die Anfälle wurden seltener und weniger heftig, in drei Fällen trat nach der Operation eine Verschlechterung ein, ein anderer Kranker wurde im Anschluß an die Operation geheilt. Es handelte sich um eine Frau, die in ihrem achten Lebensjahr im Anschluß an eine Schädelverletzung an epileptischen Krämpfen erkrankte. Drei Tage nach dem Trauma wurde sie trepaniert, die Anfälle dauerten jedoch bis zum 13. Lebensjahre fort. Sie sistierten bis zum 30. Jahre. kehrten dann wieder, und verschwanden nach der operativen Entfernung des cystisch erkrankten Uterus. Verf. glaubt die Anfälle auf einen von dem erkrankten Uterus ausgehenden Autointoxikation zurückführen zu müssen.

Noch ungünstiger war der operative Erfolg bei Idioten und Imbezillen. besonders war der Prozentsatz der Todesfälle ein sehr großer, von 194 Fällen starben 39 im Anschluß an die Operation, auch sonst war die Zahl der Kranken, bei denen sich eine gewisse Besserung konstatieren ließ, eine recht geringe.

Behr.

Doran, R. E., A consideration of the hereditary factors in epilepsy. America journal of insanity. July.

Verf. konnte bei einem Material von 1300 Fällen in 46 1/2% aller Fälle die verschiedensten Neurosen oder Alkoholismus in der Vorgeschichte nachweisen. In 38,6% fanden sich Alkoholismus, Epilepsie und Geisteskrankheit.

in 18% wurde Alkoholismus des Vaters konstatiert. Andere Krankheiten, die nicht mit dem Nervensystem zusammenhängen, spielen nur eine ganz kleine Rolle in der Ätiologie der Epilepsie. Auch auf den Beginn der Erkrankung übt die Heredität einen gewissen Einfluß aus und zwar insofern, als die Krankheit früher beginnt, wenn die erbliche Veranlagung eine schwere ist.

Behr.

Muggia, Über einen Fall von Epilepsia tardiva bei einem Geisteskranken. Ferrara 1901.

Ein an zirkulärer Geistesstörung leidender Mann bekam im Alter von 55 Jahren einen vereinzelt epileptischen Anfall, ohne daß irgend welche anderen Anzeichen von Epilepsie, wie Schwindelanfälle, Veränderung des Charakters oder dergl. beobachtet wurden.

Snell.

d'Ormea, A., Über die Schwankungen des subarachnoidealen Druckes und der Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit bei der experimentellen Epilepsie. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28, Heft 1, 1902.

Experimente, welche an Hunden angestellt wurden, führten zu folgenden Ergebnissen: Der subarachnoideale Druck zeigt unter normalen Verhältnissen regelmäßige Schwankungen, und zwar geringere Schwankungen in Übereinstimmung mit dem Herzschlag und größere in Abhängigkeit von der Atmung. Während des epileptischen Anfalles tritt fast regelmäßig eine Steigerung des Druckes auf, die ihren Höhepunkt in der tonischen oder im Beginn der klonischen Phase erreicht und dann allmählich mit unregelmäßigen Schwankungen nachläßt. Folgen viele epileptische Anfälle aufeinander, so ist die Drucksteigerung gewöhnlich während des zweiten Anfalles am bedeutendsten; später wird sie geringer oder verschwindet ganz. Ausnahmsweise findet zuweilen statt der Steigerung eine Abschwächung des Druckes statt. Im Status epilepticus treten heftige Störungen auf, indem unregelmäßige, rasche Steigerungen des Druckes mit Ermäßigungen abwechseln. Die Cerebrospinalflüssigkeit ist unter normalen Verhältnissen vollkommen klar und farblos. Während des epileptischen Anfalles wird sie trüb und rötlich gefärbt, und zwar in größerem oder geringerem Maße, entsprechend der Schwere des epileptischen Anfalles. Diese Störungen dauern noch lange nach dem Aufhören der Konvulsionen. Der Abfluß erfolgt stärker und rascher als unter normalen Verhältnissen. Mit dem Aufhören des Anfalles pausiert in der Regel der Abfluß der Flüssigkeit. Die Dauer dieser Störung hängt ebenfalls von der Schwere des Anfalles ab. Die beschriebenen Veränderungen treten sowohl bei der durch elektrische Reizung der Hirnrinde verursachten Epilepsie auf, wie auch bei der durch Injektion von Absynth in eine Jugularvene hervorgerufenen. Im letzteren Falle sind jedoch die Störungen schwerer und andauernder.

Snell.

Mark, Pierce, The daily rhythm of epilepsy and its interpretation. The journ. of nerv. u. ment. disease. May.

Aus 150000 registrierten Anfällen entfiel die höchste Zahl auf morgens 4 Uhr, am nächsten kamen mittags und abends gegen 8, bei Bettlägerigen ein bis zwei Stunden früher als bei Arbeitenden. Maßgebend dafür seien die Faktoren der Ermüdung, des Schlafs und der Verdauung. *Matusch.*

Besta, Contributo allo studio delle ipotermie negli epilettici. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 28, H. 4.

Verf. beobachtete bei einem Epileptiker eine Temperaturherabsetzung, die 18 Tage lang zwischen 35,1⁰ und 36,4⁰ schwankte und nur einmal nach drei Anfällen von einer kurz dauernden Erhöhung unterbrochen worden war. Er sieht die Ursache der Herabsetzung in dem gleichen toxischen Prinzip, das auch die Anfälle hervorruft. *Ganter.*

Valli, Eclampsia infantile ed epilessia. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, Heft 1—2.

Ob eine Beziehung zwischen Epilepsie und Eklampsie besteht und was für eine, ist noch Streitfrage. Ebenso schwierig ist oft die Differentialdiagnose. Verf. sah, wie bei einem Kinde, das mit zwei Monaten ein leichtes Kopftrauma erlitten hatte, und dessen Vater dem Trunk ergeben und tuberkulös war, mit 9 Monaten Konvulsionen ausbrachen, die sich im Alter von 2, 7 und 11 Jahren wiederholten. Die Ursache waren jedesmal Eingeweidewürmer, mit deren Entfernung jeweils auch die Anfälle schwanden. Diese Anfälle hält Verf. für eklamptische. Aber im siebenten Jahre trat ein neues Element hinzu: Absenzen und Schwindel, und im vierzehnten Jahre, beim Eintritt der Menstruation, ging den Anfällen eine aura gastrica voraus. Mit diesen Erscheinungen entwickelte sich die klassische Epilepsie. Der psychische Zustand rechtfertigte weiterhin die Diagnose. Verf. glaubt, daß sich die Epilepsie sozusagen auf dem Boden der Eklampsie entwickelt habe infolge des Reizes, der, vom Darm ausgehend, auf ein durch Erblichkeit geschwächtes, noch ganz junges Gehirn reflektierte. Für diese Ansicht spricht auch, daß, wie früher der eklamptische Anfall nach Entfernung der Entozoen, so jetzt die Aura durch Entleerung des Darmes abgebrochen werden konnte.

Ganter.

Ceni, Autocitotossine e anti-autocitotossine specifiche degli epilettici. Rivista sperimentale di Freniatria. B. 29, H. 1—2.

Verf. injizierte Blutserum von Epileptikern anderen Epileptikern, dann wieder Kaninchen, deren Serum wieder zurück auf Epileptiker, oder normale Menschen. Desgleichen verfuhr er mit dem von gesunden Individuen ge-

wonnenen Serum. Dabei fand er, daß das Serum von Kaninchen, denen er zuvor Serum von Epileptikern eingespritzt hatte, für Epileptiker, und nur für diese, giftige Eigenschaften besitzt, ähnlich denen, die das Serum von Epileptikern bei anderen Epileptikern hervorruft. Durch mannigfache Modifikationen dieser Versuche und auf Grund verwickelter Theorien kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Im Blute von Epileptikern kreisen neben toxischen Substanzen auch antitoxische. Jene kreisen frei, diese sind nicht im lebenden Plasma gelöst, sondern finden sich nur in latentem Zustand, gebunden an die körperlichen Elemente des Blutes, von denen sie nur frei werden bei der Blutgerinnung außerhalb des Körpers.

Ganter.

Hermann, J. J., Über spät auftretende hysterische Anfälle bei Epileptikern. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 13, S. 24.

Bei zwei Patienten, die seit längeren Jahren (20 resp. 18) an Epilepsie litten, stellten sich hysterische Anfälle ein. Bei dem einen traten plötzlich Aphasie und Kontrakturen in sämtlichen Extremitäten auf, die ebenso plötzlich durch Suggestion beseitigt wurden. Die Form der Kontrakturen war die, daß die unteren Extremitäten sich im Zustande der Streckung, die oberen sich im Zustande der Beugung befanden. Als es einmal gelungen war, die unteren Gliedmaßen im Kniegelenk zu beugen, verharrten sie in dieser Stellung und ließen sich nur mit Gewalt wieder strecken. Eine gewisse Ähnlichkeit mit der *Thomsenschen* Krankheit bestand darin, daß die Kontrakturen nach Wiederholung der Beuge- und Streckbewegungen verschwanden und bei aktiven Bewegungen und nach Ruhepausen wieder auftraten. Ein wesentlicher Unterschied bestand jedoch darin, daß bei dem Patienten die Kontrakturen immerfort bestanden und daß auch die passiven Bewegungen erschwert waren. In einem späteren Anfall gesellte sich in den Kontrakturen sämtlicher Extremitäten und der Aphasie noch Laryngospasmus.

Bei dem anderen Patienten bestand zur Zeit der hysterischen Anfälle unter anderen Katalepsie, Mutismus, auch Konvulsionen einzelner Muskeln, z. B. im Musc. pectoral. major und sterno-cleido mastoideus.

Verf. weist darauf hin, daß nach *Charcot* chronische Vergiftungen Hysterie verursachen können und ist der Ansicht, daß in den vorstehenden Fällen die Hysterie entstanden sei auf der Basis von Autointoxikationen, welche das lange Bestehen der Epilepsie bewirkt habe.

Saenger, Alfred, Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin 1902. Verlag von S. Karger.

In dieser sehr beachtenswerten Monographie behandelt *S.* auf Grund eines sehr reichhaltigen Materials die Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Unter 30769 Augenpatienten waren allein 1029, die an nervöser Asthenopie

litten. Die nervöse Asthenopie ist nach *S.* ein durchaus nicht genügend bekannter Zustand, der leider oft verkannt wird.

S. teilt sein Material in vier Gruppen: Neurasthenie, Hysterie. Gemisch von Neurasthenie und Hysterie und schließlich hereditäre Neuropathie. Nach seiner Erfahrung kommt Nervosität oder Neurasthenie im Kindesalter ebenso häufig, wenn nicht noch häufiger vor, als die Hysterie.

Die Kinder der ersten Gruppe, meist anämisch, sind leicht erregbar. zum Weinen geneigt, ermüden sehr leicht, klagen über angioneurotische Symptome, wie Herzklopfen, Schwindel, Präkordialangst, ferner über Kopfschmerz. Schlaf und Appetit sind gestört. Fast bei sämtlichen Kindern wurde das *Rosenbachsche* Phänomen beobachtet (Zittern der Lider bei leichtem Augenschluß). Oft hat die Schule (unpädagogisches Verhalten der Lehrer) Schuld an der Neurasthenie der Kinder.

Die zweite Gruppe, die Kinderhysterie, zeichnet sich dadurch aus, daß sie, wie bereits *Bruns* hervorhob, monosymptomatisch auftritt. Skoliosen. Haltungsanomalien, Kontrakturen, hysterischer Husten und Aphonie, Schluchzen. Stottern, Stummheit, Blindheit, Lähmungen, Ptosis, Astasie und Abasie, hysterische Chorea waren Erscheinungen, die beobachtet wurden.

Am zahlreichsten ist die dritte Gruppe, ein Gemisch von Neurasthenie und Hysterie. Hier spielt die oben bereits erwähnte nervöse Asthenopie eine große Rolle. Ihre Ursache liegt in einer zu raschen Ermüdbarkeit des Akkomodationsmuskels und, wie *Wilbrand* nachgewiesen hat, in einer Unterwertigkeit der retinalen Elemente, die sich in herabgesetzter Sehschärfe und in konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung mit Verlangsamung der Adaption äußert. Außerdem finden sich hysterische Stigmata: diffuse analgische, häufiger hypalgische Zonen. Fehlen des Rachen- und Konjunktivalreflexes. Häufig sind Halluzinationen des Gesichts und des Gehörs, seltener des Geruchs und Geschmacks. Diese Kinder sind meistens einfältig und beschränkt.

Bei der vierten Gruppe handelt es sich gewöhnlich um direkte erbliche Anlage. Die Kinder leiden in den ersten Jahren an Konvulsionen, später an ticartigen Zuständen in Form von Grimassenschneiden und choreaartigen Bewegungen. Die sexuellen Triebe sind hier stark und früh entwickelt, moralisch bestehen Defekte.

S. äußert sich dann noch zur theoretischen Auffassung der Hysterie und Neurasthenie und wendet sich speziell gegen die Ansicht, alle Äußerungen der Hysterie seien idiogener Natur. Gerade die Beobachtungen bei Kindern lehren uns, daß die ersten Äußerungen der Hysterie nicht mit Vorstellungstörungen beginnen, sondern mit hysterischen Stigmen, die erst durch die Untersuchung offenbart werden. Bezüglich der Neurasthenie wirft *S.* die Frage auf, ob bei manchen Störungen die Ursache gar nicht zentral gelegen sei, sondern ob es sich nicht vielmehr um eine Unterwertigkeit der nervösen Endorgane in einzelnen Organbezirken handle. Schließlich befürwortet er — und darin wird man ihm gewiß nur zustimmen können — gelegentlichst die Anstellung von Schulärzten.

Meyer, Ernst, Hysterie nach Trauma kombiniert mit organischer Erkrankung der Nervensystems. Berl. klin. Wochenschr. 1902 No. 31.

Dieser aus der Kieler Klinik mitgeteilte Fall betrifft einen 49jährigen Arbeiter, bei dem sich nach einer leichten Verletzung am linken Ellenbogen Zittern erst am linken Arm, dann am ganzen Körper einstellte, ferner Spasmen in der Muskulatur, Erschwerung des Ganges und stotternähnliche Störung der Sprache. Außerdem fand sich Pupillenstarre auf Licht und Konvergenz, temporale Abblassung der Papillen und Fehlen der Kniephänomene.

Die Störungen der Sprache und des Ganges, die Spasmen und vor allem das Zittern zeichneten sich aus durch große Beeinflußbarkeit, starken Wechsel in der Intensität und atypischen Charakter. Es wurde daher mit Rücksicht auf diese Symptome die Diagnose Hysterie nach Trauma gestellt. Daneben wiesen die Pupillenstarre, das Fehlen der Kniephänomene und die temporale Abblassung der Papillen auf eine organische Erkrankung (Tabes oder Paralyse) hin.

Die hysterischen Erscheinungen machten in außergewöhnlicher Weise den Eindruck des Gemachten und Gekünstelten. Dabei konnte von Simulation nicht die Rede sein, da der Kranke niemals Anspruch auf eine Unfallrente erhoben hatte.

M. weist mit Nachdruck darauf hin, daß diese Beobachtung uns vor übereilter Annahme von Simulation warnen muß.

Westphal, A., Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. Neurolog. Zentralblatt No. 1 und 2.

Ausgehend von dem *Ganserschen* Symptomenkomplex und den abweichenden Anschauungen, welchen *Nissl* Ausdruck gegeben hat, wirft *W.* die Frage auf, ob das Symptom des Vorbeiredens ein eindeutiges ist oder ob es bei verschiedenen psychischen Störungen auftreten kann und ob ihm, seiner Entstehung nach, in allen Fällen dieselbe Bedeutung zukommt. *W.* legt seinen Auseinandersetzungen vier Krankengeschichten zugrunde.

In dem ersten Fall entwickelte sich bei einer 38jährigen hysterischen Frau ein akuter delirioser Verwirrheitszustand und während desselben wurde das Symptom des Vorbeiredens beobachtet. Wenn auch kataleptische Erscheinungen bestanden, so rechnet *W.* diesen Fall doch zur Hysterie und nicht zur Katatonie und faßt das Vorbeireden demgemäß nicht als Symptom des katatonischen Negativismus auf, sondern als hervorgerufen durch eine transitorische Bewußtseinstörung, einen Dämmerzustand im Verlaufe der Hysterie.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine Hysterie, die sich bei einem 55jährigen Schiffsbauer im Anschluß an ein Trauma eingestellt hatte. Neben vielen körperlichen Erscheinungen sensibler und sensorischer Anästhesie,

motorischen Störungen bestand ein eigenartiger Verwirrheitszustand mit nachfolgender Amnesie. Auf der Höhe des Dämmerzustandes bestand Vorbeireden zwei Tage lang, es schwand zugleich mit dem Dämmerzustand und ist daher als durch die Bewußtseinstörung bedingt anzusehen. — In diesen beiden Fällen erfolgten die Antworten langsam, zögernd und oft erst auf wiederholtes, eindringliches Fragen und der benommene Ausdruck der Befragten ließ erkennen, daß diese Erschwerung des Vorstellens und Denkens durch eine Bewußtseinstörung bedingt war.

Die beiden anderen Fälle, in denen das Symptom des Vorbeiredens noch beobachtet wurde, waren Katatonien. Hier war von einer Bewußtseinstörung keine Rede; die unsinnigen Antworten erfolgten außerordentlich schnell, wie aus der Pistole geschossen. Für diese katatonische Fälle schließt sich W. der Auffassung Nissls an, wonach das katatonische Vorbeireden als eine Erscheinung des katatonischen Negativismus zu deuten ist.

Nonne, Über zwei durch zeitweiliges Fehlen des Patellarreflexes ausgezeichnete Fälle von Hysterie. 'Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. S. 474.

Von den beiden sehr bemerkenswerten Fällen betraf der erste einen 24jährigen Arbeiter mit hysterischen Konvulsionen, Monoplegien, Hemiplegien, Paraplegien, Astasie-Abasie, sensiblen und sensorischen Störungen. Die Lähmungen waren psychogenen Ursprungs, die Sensibilitätsstörungen entsprachen ihrer Art und Verteilung nach den hysterischen. In zwei Phasen der Krankheit fehlten die Patellarreflexe, einmal, als das Symptom der Astasie und Abasie bestand, das andere Mal, als die unteren Extremitäten von hysterischer Paraplegie befallen waren. Sie kehrten wieder, als die Gehmöglichkeit wiederkehrte, bzw. als die funktionelle Paraplegie geschwunden war. Das Fehlen der Patellarreflexe bestand zwei Monate bzw. eineinhalb Wochen. Nach eingehenden differentialdiagnostischen Erwägungen kommt N. zu dem Schluß, daß der Kranke nur hysterisch war und daß eine Komplikation mit einer organischen Erkrankung nicht vorlag.

In dem zweiten Falle handelt es sich um einen 30jährigen Mann mit hysterischer Paraplegia inferior. Das Vorhandensein und nicht Nichtvorhandensein des Westphalschen Zeichens war auch hier ein wechselndes. Daß es sich um einen Hysteriker handelte, dafür sprach die suggestiv zu beeinflussende Intensität der Lähmungserscheinungen, die Form der Begrenzung der Sensibilitätsstörung, die psychische Anomalie, ferner der Umstand, daß es trotz zweijähriger Dauer der Lähmung nicht zu Amyotrophie und zu Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit gekommen war. Die Röntgenaufnahme ließ keine Atrophie an der Wirbelsäule und am Knochenskelett der unteren Extremitäten erkennen. Die Annahme, daß neben der Hysterie noch ein organisches Nervenleiden vorgelegen habe, verneint N. mit Bestimmtheit.

Aus der Literatur hat N. einige hierhergehörige Beobachtungen zusammenstellen können.

Rouby, Dr., L'Hystérie de la Sainte Thérèse. Bibliothèque diabolique (Collection Bourneville), Paris 1902.

In dieser eingehenden psychiatrischen Studie, die zugleich für die Kirchengeschichte von Bedeutung ist, liefert *R.* an der Hand der Werke der heiligen Therese den Nachweis, daß dieselbe, wie seiner Ansicht nach die meisten Heiligen, eine ausgesprochene Hysterika war. Diese Heilige wurde im Jahre 1515 in Avila in Alt-Kastilien geboren und entstammte einer hochadligen Familie. Sie war erblich belastet, war von schwacher Körperkonstitution, geistig aber hochbegabt. Schon in früher Jugend zeigte sie einen auffallenden Charakter mit Neigung zu exzentrischen Handlungen.

Mit 25 Jahren kam die Hysterie bei ihr unverkennbar zum Ausdruck. Sie lag damals drei Jahre lang zu Bette. Von hysterischen Erscheinungen bestanden zu jener Zeit das Gefühl einer nach dem Halse aufsteigenden Kugel, hysterische Anorexie, Kontrakturen, Paralyse des ganzen Körpers mit Ausnahme eines Fingers der rechten Hand, den sie bewegen konnte, Anästhesien, Hyperästhesien, heftige Konvulsionen, während deren sie sich öfter die Zunge zerbiß, hypnotische Schlafzustände von mehrtägiger Dauer. Im Verlaufe der letzteren wurde sie einmal für tot gehalten und sollte schon beerdigt werden, als sie zur rechten Zeit wieder Lebenszeichen von sich gab. Diese dreijährige Bettperiode war von einzelnen Tagen unterbrochen, an denen sie plötzlich aufstand, umherging und sich für geheilt erklärte, um am folgenden Tage wieder an das Bett gefesselt zu sein.

Im Bereiche des Gehörsinns, des Gesichtsinns und des Gefühlssinns bestanden massenhafte Halluzinationen. Sie sah, hörte und fühlte Gott, aber auch Dämonen. An ihrem Rosenkranz sah sie infolge suggestiver halluzinatorischer Einwirkung die wunderbarsten Diamanten, die andere nicht wahrnehmen konnten. Sie sah und hörte, wie sie lebendig in die Hölle gebracht wurde, sie fühlte dort das höllische Feuer und unerträgliche Schmerzen und schildert eingehend den Eingang zur Hölle und die Verhältnisse dort. Sie sah und hörte den Teufel, geißelte sich. Ihre Nachbarschaft, die das hörte, glaubte, sie werde von Dämonen geschlagen. Sie sah verstorbene Priester und andere Personen gen Himmel fahren. Einem halluzinatorischen Befehl, den sie von Gott erhalten zu haben glaubte, verdankt das Kloster Karmel seine Entstehung.

Sehr interessant sind die drei höchsten Gebetstufen, l'oraison d'union, l'oraison d'extase und l'oraison de ravissement, welche sie eingehend beschreibt und in welchen wir wohlbekannte hysterische Zustände mit großer Naturtreue geschildert finden. Die Genauigkeit der Selbstbeobachtung und Selbstschilderung dieser Heiligen ist überhaupt bewundernswert.

Wildermuth, Über die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Das Recht. 7. Jahrg. No. 19.

In diesem auf der juristisch-psychiatrischen Vereinigung in Stuttgart gehaltenen Vortrage äußert sich *W.* unter anderem auch über den hysteri-

schen Charakter und bekämpft die in populären und auch vielfach in ärztlichen Kreisen bestehende Ansicht von der moralischen Verkommenheit der Hysterischen. Er führt diese Ansicht darauf zurück, daß die meisten Beobachtungen aus Anstalten stammen, in welche nur die schweren, antisozialen Fälle gebracht werden. In der Privatpraxis finden sich unter den Hysterischen sittlich hochstehende Menschen.

Die Hysterie als solche bedingt weder eine Störung der Intelligenz noch des sittlichen Fühlens, welche die Zurechnungsfähigkeit ausschließt oder einträchtigt. Einzelne akute hysterische Anfälle psychischer oder physischer Natur heben die Zurechnungsfähigkeit nur dann auf, wenn die inkriminierte Handlung nachweislich während eines solchen Anfalls oder dessen ersichtlichen Nachwirkung stattgefunden hat. Die hysterischen Dämmerzustände sind in ihrer Bedeutung für die Zurechnungsfähigkeit den epileptischen gleichzustellen.

De Buck, Réflexions sur un syndrome d'astisie-abasie. Bulletin de la Société de Médecine Mental de Belgique. Juni-August.

B. teilt einen Fall von multipler Sklerose bei einem 28jährigen Mädchen mit, welche außerdem an hysterischer Astasie und Abasie litt. Durch psychische Behandlung konnte dieses hysterische Symptom beseitigt werden. *B.* wendet sich gegen eine zu weite Ausdehnung des Begriffs der Astasie und Abasie und will vor allem nicht, daß diese Bezeichnung auch für solche Zustände angewandt wird, die auf Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen beruhen und nicht psychisch bedingt sind.

Ewald, C. A., Über hysterische Autosuggestion der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. No. 38.

E. teilt einige Fälle von schweren hypochondrischen Störungen bei hysterischen Kindern mit. Ein neunjähriger Knabe litt, seitdem er angeblich ein Knöchelchen verschluckt hatte, an heftigen Schmerzen in der linken Fossa iliaca und häufigerem Erbrechen. Die Frage der Operation war schon in Erwägung gezogen. Da gelang es durch Entfernung aus der gewohnten Umgebung und durch die Suggestion, das Knöchelchen sei abgegangen, Heilung herbeizuführen. Diese hielt auch längere Zeit an. Dann traten an derselben Körperstelle anfallsweise heftige Schmerzen auf, für die sich ein objektiver Befund nicht feststellen ließ. Nachdem alle therapeutischen Maßnahmen sich als wirkungslos gezeigt hatten, wurde ein neues Suggestionsmittel versucht. Es wurde in der Narkose ein oberflächlicher Hautschnitt an der betreffenden Stelle gemacht, darnach Vereinigung der Wunde durch zwei Suturen. Der Erfolg war ein prompter.

Die folgenden Fälle zeigen, daß in diesen und ähnlichen Fällen dem pädagogischen Wirken des Arztes eine größere Bedeutung zukommt als der medizinischen Tätigkeit.

von *Holst, V.*, Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. Enke, Stuttgart. 67 S.

In dieser sehr lesenswerten Abhandlung macht uns Verf. Mitteilung über seine reichen neurologischen Erfahrungen, die er teils in der Privatpraxis, teils als Chefarzt der Abteilung für Nervenkrankte im Rigaschen Krankenhause, welcher er 24 Jahre lang vorstand, gesammelt hat.

Ausgehend von allgemeinen Betrachtungen über die eigentliche Aufgabe des praktischen Arztes wendet er sich einer kurzen Besprechung der Aufgaben der Heilanstalten für Nervenkrankte zu. Den von *Möbius* aufgestellten Grundsätzen schließt er sich im allgemeinen an, hat jedoch daran auszusetzen, daß das psychische Moment bei der Behandlung und speziell das Moment der persönlichen Behandlung zu wenig hervorgehoben sei und daß ein zu großes, fast einseitiges Gewicht auf die Arbeit gelegt und die Ruhe nur so weit erwähnt werde, als sie eine notwendige Abwechslung mit der Arbeit sei. Für gewisse Kranke erkennt er dabei den Wert der Arbeit wohl an, während er für andere den Wert der Bettbehandlung betont.

In den folgenden Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Hysterie weist er darauf hin, daß die nicht selten unabhängig von einem Trauma vorkommenden Gelenkneurosen (meist handelt es sich um das Kniegelenk) eine monosymptomatische Hysterie darstellen. Einen hysterischen Charakter gibt es seiner Ansicht nach ebensowenig wie eine hysterische psychopathische Minderwertigkeit. Bei der Besprechung der Therapie der hysterischen Blasenlähmung empfiehlt er als sicherstes Mittel die absolute Ignorierung derselben. Schlimme Folgen sind davon nicht zu befürchten, selbst wenn die Blase 24 Stunden lang nicht spontan entleert worden ist. *v. H.* unterscheidet, auch in therapeutischer Hinsicht, streng zwischen hysterischen Neuralgien und zwischen durch anderweitige Ursachen hervorgerufenen Neuralgien bei hysterischen Kranken. Bei den ersteren Fällen ist eine „zweckmäßige Vernachlässigung“ am Platze, bei den letzteren dagegen eine zweckmäßige lokale Behandlung. *v. H.* bezeichnet es als ein Erfordernis für jede Nervenabteilung eines allgemeinen Krankenhauses, daß eine genügende Anzahl von Isolierzimmern für Hysterische vorhanden sind.

Steyerthal, Über hysterische Athleten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. No. 8.

Ein Athlet konsultiert *St.* nach einem Sturz. Verf. stellt bei genauer Untersuchung fest, daß der Kranke bereits seit Jahren ausgesprochen hysterisch ist, an Sensibilitätsstörungen, Anästhesie und Hyperalgesie leidet, auch typische hysterische Anfälle hat. Trotzdem ist er ein gefürchteter Athlet! — In einem zweiten Fall erkrankte ein Athlet, nachdem er endlich einen glücklichen Gegner gefunden, der ihn nach seiner Niederwerfung zum Fenster hinauswirft, an ausgesprochener Hysterie mit Angst, Schrei- und Weinkrämpfen. Der Zustand dauerte dann einige Jahre, bis der Athlet an Pneumonie zugrunde ging. Mit Unfallversicherung oder dgl. hatte der Fall übrigens nichts zu tun.

Umpfenbach.

Tillmann, Ein Fall von hysterischem Fieber. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 15.

Es handelt sich um einen Soldaten im Lazarett in Tsingtau, der drei Wochen daniederliegt, ohne sonstige schwere Symptome, mit einer äußerst unregelmäßigen Fieberkurve, oft zwischen 43 und 44°, einmal sogar bis 45° in axilla. Irrtum soll völlig ausgeschlossen sein. Auffallend war, daß der Kranke bei dem bedrohlichen Fieber körperlich nicht nennenswert abnahm. Die nach dem Schwinden des Fiebers auftretenden psychischen Symptome kommen bei Hysterischen vor. Körperliche Symptome für Hysterie, abgesehen von Augenerscheinungen, scheinen nicht dagewesen zu sein. *Umpfenbach*.

Bettmann, Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen Hautgangrän. Münch. Med. Wochenschr. No. 41.

Es handelt sich um ein 21 jähriges Mädchen mit einer Menge hysterischer Symptome, welche längere Zeit mit rezidivierenden, angeblich spontan entstehenden Hautgeschwüren die Umgebung dupierte. Wie sich später herausstellte, handelte es sich nicht um neurotische Spontangangrän, sondern um hysterische Selbstbeschädigung. Die Kranke pinselte sich mit einer Lysollösung. Interessant war bei dem Fall, daß dünne Lysollösungen bereits zu Blasen- und Gangränbildung führte, die es bei gesunden Individuen nicht machte, — auch an Hautstellen, die sonst sensibel normal waren. Man muß demnach das Hereinspielen abnormer trophischer Beeinflussungen der Haut in Betracht ziehen. Andererseits aber lehrt der Fall, daß man gerade hysterischen Personen gegenüber in der Verordnung differenter Substanzen nicht vorsichtig genug sein kann. *Umpfenbach*.

Leick, Kasuistischer Beitrag zur Hysterie der Kinder. Aus dem evangelischen Krankenhaus in Witten. Deutsche mediz. Wochenschr. No. 20.

L. konstatiert, daß die Hysterie bei Kindern keineswegs eine seltene Erkrankung sei, wie von manchen Ärzten behauptet wird, und daß sie noch ständig in der Zunahme begriffen sei. Er berichtet von einem neunjährigen Knaben, der in seine Sprechstunde gebracht wurde, weil er seit einigen Tagen nicht mehr schreiben konnte. Aus dem Schreibhefte desselben ergab sich auch eine ständige Verschlechterung der vorher sehr korrekten Schrift. Der Junge war vor sechs Tagen, nachdem er eine ihm nicht zusagende Suppe hatte essen müssen, mit Erbrechen und Mattigkeit erkrankt und am nächsten Tage unfähig gewesen, zu gehen und zu stehen, welche „Lähmung“ jedoch noch am selben Tage spontan zurückging. Darauf Auftreten einer kritzlichen, fast unleserlichen Schrift. Angesichts der Vorgeschichte und des Fehlens choreatischer Erscheinungen stellte *L.* die Diagnose auf Hysterie und versprach dem Knaben rasche Heilung. Nach einer zweimaligen, kurz nacheinander je zwei Minuten lang ausgeführten Faradisation der Hand war denn auch die Störung geschwunden, und zwar dauernd. *Schlüter*.

9. Alkoholismus und toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Smith, Ely Jelliffe, Some Notes on the Opium Habit and Its Treatment. The American Journal of the Medical Sciences. May 1903.

Verf. geht von den gemeinsamen Zügen aus, die gewohnheitsmäßiger Opiumgenuß und Alkoholismus haben. Beiden sind eigen die angenehmen Gefühle beim Genuß, die zum weiteren Gebrauch führenden Gründe und die Schwierigkeiten, aufzuhören. Auch Opiomane gibt es so gut wie Dipsomane. Nach allgemeinen Betrachtungen über Geschichte und Häufigkeit des Opiummißbrauchs (in Newyork sollen ca. 30000 Personen ihm ergeben sein) teilt Verf. seine Erfahrungen über die Behandlung und ihre Resultate mit. Freiwillige Aufgabe ohne Rückfall kommt nicht allzu selten vor, die übrigen Patienten können ambulant oder in Sanatorien behandelt werden, wobei der Suggestion die Hauptrolle zufällt. Den Bromschlaf (bis 30 g Bromsalze pro die) will Verf. in sorgfältig ausgewählten Fällen anwenden, obwohl er ihn wegen dabei beobachteter übler Zufälle nicht für gefahrlos ansieht und in Organläsionen begründete strikte Kontraindikationen aufstellt. Hyoscin hält er wegen Shok- und Kollapsgefahr für kontraindiziert. Ersatz durch Heroin, Dionin, Peronin erscheint ihm als einfache Substituierung des einen durch ein anderes Mittel und deshalb nicht empfehlenswert. Zum Schluß werden gewissermaßen als Typen vier teils mit teils ohne Erfolg behandelte Fälle kurz angeführt. Sämtliche Patienten hatten als Opiumraucher begonnen.

1. Ein 30jähr. Mann war schließlich zu Morphiuminjektionen übergegangen und hatte es bis auf 5,4, ja 7,3 g Morphium pro die gebracht. In trostlosem Zustand kam er in Behandlung und ging in voller Freiheit durch stufenweise Herabminderung bis auf 0,12 g herunter. Er wäre wohl geheilt worden, wenn er nicht, als er seine Frau mit ihrem Liebhaber überraschte, nach einem Mordversuch auf beide sich erschossen hätte.

2. Ein 31jähr. starker Opiumraucher wurde in einem Jahr geheilt. Bei ihm bewirkten 0,01 Dionin oder Heroin dieselbe Euphorie wie die Pfeife.

3. 51 Jahre alt, war anfänglich ebenfalls Raucher, allmählich Morphinist geworden. Er wurde mit einem neuen Derivat behandelt und gewöhnte es sich ebenso an wie vorher das Morphium, war also um nichts gebessert.

4. Eine 26jähr. Frau aus höherer sozialer Schicht hatte jährlich zweimal einen jedesmal zwei Monate dauernden Anfall, während dessen sie trank und Opium rauchte. Zuletzt nahm sie Morphium innerlich. Sie verschaffte sich auf ein gefälschtes Rezept Morphiumtabletten, eines, das in der Apotheke solche, in denen außerdem Atropin enthalten war, gab. Sie erlitt eine erhebliche Zahl Tabletten auf einmal schluckte, bekam sie eine schwere Vergiftung.

Von dieser genas sie und ging vom Morphinum zum Opiumrauchen zurück, was nach Verf. Meinung immer einen Schritt zur Besserung bedeutet.

Becker-Grafenberg.

Erlenmeyer, Die Bedeutung und Behandlung der funktionellen Herzschwäche in der Abstinenzperiode der Morphinumentziehung und bei Nervenkrankheiten. — Deutsche Medizinalzeitung No. 26—29.

Die den wesentlichen Inhalt zusammenfassenden Schlußsätze der einem eingehenden Studium sehr zu empfehlenden Arbeit mögen vollständig angeführt werden:

1. Die in der Abstinenzperiode der Morphinumentziehung auftretende Herzschwäche ist eine funktionelle; sie ist die Folge des Ausfalls des Morphiums, das in der Gewöhnungsperiode als Herztonikum wirkt. Es handelt sich also um eine Entwöhnungsatonie im Gegensatz zu einer Gewöhnungshypertonie des Herzens.

2. Die Abstinenzherzschwäche ist wahrscheinlich die Ursache der Unruhe und auch der Sucht nach Morphinum, jener beiden Symptome, die in der Abstinenzperiode der Morphinumentziehung verstärkt auftreten.

3. Diese Herzschwäche ist den beiden andern Symptomen also nicht nebengeordnet, sondern übergeordnet. Das wird dadurch bewiesen, daß die gegen die Herzschwäche allein gerichtete morphiumfreie Therapie mit ihr zugleich die übrigen Erscheinungen zum Verschwinden bringt.

4. Auch bei gewissen Neurosen und Psychoneurosen, besonders bei der Neurasthenie, der Hypochondrie und ihren Mischzuständen ist die Herzschwäche nicht immer ein den übrigen nervösen Erscheinungen nebengeordnetes Symptom, das durch die Behandlung der Neurose mitbeseitigt wird; sie kann auch eine übergeordnete Stellung einnehmen und die nervösen Erscheinungen in ihrem Gefolge haben. Dadurch gewinnt die (scheinbare) Neurose mehr den Charakter einer Herzerkrankung. Beweis: Die Behandlung der Herzsymptome allein beseitigt die Symptome der Neurose, während die Behandlung der Neurose allein erfolglos bleibt.

5. Bei dem Nachweis der funktionellen Herzschwäche ist die experimentelle Funktionsprüfung des Herzens nicht zu entbehren. Die Abgrenzung der funktionellen Herzschwäche gegen die Herzmuskelschwäche muß versucht werden.

Als Mittel zur Bekämpfung der Herzschwäche werden einzeln oder in Verbindung miteinander empfohlen: Bettruhe, Kampfer, Koffein, Digitalis, Spartein, Kohlensäuresolbäder, Vibrationsmassage.

Morgenroth, Zur Frage des Antimorphinserums. Berliner klinische Wochenschr. No. 21, S. 471.

M. kann nach seinen Versuchen die Erfolge, die *Hirschlaff* (s. Literaturbericht 1902, S. 147) von seinem Morphinumheils serum gesehen haben wollte.

nicht bestätigen und hält sie für scheinbar darauf beruhend, daß die von ihm verwandten Giftdosen, zumal bei Resistenzerhöhung durch Seruminjektion, nicht sicher tödlich sind.

Erlenmeyer, Die Wirkung des Kampfers in der Abstinenzperiode der Morphiumentziehung. Therapeut. Monatshefte, Februar, S. 61.

Hofmann, Jul., Über die Anwendung des Kampfers bei Morphiumentziehung. Ebenda, April, S. 204.

Die Empfehlung des Kampfers zur Milderung der Abstinenzerscheinungen bei Morphiumentziehung durch *Hofmann* (s. Literaturbericht, 1902, S. 135) gibt *Erlenmeyer* Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß er schon vor 7 Jahren Kampfer bei der Morphiumentziehung empfohlen und gleich günstige Erfolge gesehen habe, sich aber mit den theoretischen Erörterungen *Hofmanns* über die Erklärung der Kampferwirkung nicht einverstanden erklären könne. *Hofmann* sucht sich gegen die Einwände zu verteidigen und gibt zu, daß er nicht durch theoretische Überlegungen, sondern durch Empirie zur inneren Kampferanwendung gekommen ist.

Fromme, Brucin, ein neues Gegenmittel beim Morphinismus. Münch. mediz. Wochenschr. No. 27, S. 1155.

Müller, Bemerkungen zu dem Artikel „Brucin, ein neues Gegenmittel beim Morphinismus“. Ebenda No. 29, S. 1258.

Fromme empfiehlt ein Strychnospräparat, das Brucin. hydrochloricum als Ersatzmittel des Morphiums bei der Entziehungskur, *Müller* verwirft es als völlig wertlos und nicht ungefährlich.

Alter, Zur Pathologie toxischer Gehirnkrankheiten. Neurol. Zentralblatt No. 11, S. 527.

Der Nachweis von spezifischen Autocytotoxinen und Antiautocytotoxinen im Blute der Epileptiker durch *Ceni* gibt *Alter* Veranlassung, auf seine Theorie über die Entstehung der Paralyse und der Epilepsie durch endogene Noxen, Autotoxien, näher einzugehen. Aus den *Ehrlich-Weigert*schen Theorien konstruiert er „die Hypothese, daß gewisse Krankheiten des Zentralnervensystems — in erster Linie die Paralyse und die Epilepsie — ihre spezielle Pathologie in einer Verankerung spezifischer Toxine, die aus unbekannten Fabriken ins Blut geworfen werden, mit präformierten Substanzen des Zentralnervensystems finden. Bei der Paralyse würde man annehmen müssen, daß entsprechend einer kontinuierlichen Giftproduktion auch die endocytische Giftbindung in der Norm kontinuierlich geschieht. Diese immer erneuten Paarungen des Toxins

mit haptophoren Gruppen, also mit Substanzanteilen der Zelle, müssen dann naturgemäß allmählich zu einer Erschöpfung der Zelle, zu regressiven Veränderungen, also zu einer progressiven Zelldegeneration führen“. Die Remissionen im Verlauf der Paralyse ließen sich wohl durch das relative Prävalieren von endogenen Antitoxinen erklären. Bei der Epilepsie müßte die Bildung spezifischer Antitoxine in größerem Maßstabe und in konstanten Verhältnissen erfolgen; denn nur so ließe sich die Periodizität der Erscheinungen erklären. Solange Antitoxine zur direkten Giftbindung im Blutstrom zur Verfügung stehen, bleiben die Zellen des Zentralnervensystems uninteressiert, erst wenn jene verbraucht sind, kommt es in ihnen zu Entladungen.

Die Hypothese, die sich auch für andere Formen chronischer oder transitorischer Psychosen, z. B. auch für die Hysterie, verwerten läßt, bietet Ausblicke für eine spezifische Therapie, Förderung der Bildung von endogenen Antitoxinen oder Zuführung von exogenem gleichwertigem Material (Serumübertragung von Tieren, die mit Paralytiker- und Epileptikerblut progressiv geimpft sind).

Probst, Über Paraldehyddelir. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., XIV. Bd., 2. H., S. 113.

Verf., der eine große Erfahrung über Paraldehyd hat — in der Landesirrenanstalt Wien werden bei einem Bestande von 1000 Kranken jährlich ca. 200 kg Paraldehyd gebraucht —, bespricht unter eingehender Benutzung der Literatur die Wirkung dieses Mittels, das er (rein) als das unschädlichste aller derzeitigen Schlafmittel bezeichnet. Er hat drei Fälle gesehen, in denen ungewöhnlich große Paraldehydgaben genommen wurden. In zwei Fällen, wo wahrscheinlich 50 bzw. 60 g auf einmal gegeben wurden, trat als einzige Folge Schlaf von 20 bzw. 22 Stunden ein ohne weiteren Schaden. Der dritte, ausführlich geschilderte Fall betraf eine 38jähr. Dame, die seit mehreren Jahren täglich große Dosen des Mittels, wahrscheinlich 10 g, einnahm und in den letzten 36 Stunden vor der Aufnahme in die Anstalt mindestens 150 g zu sich genommen hatte. Die klinischen Erscheinungen der Vergiftung waren die des Delirs, ganz ähnlich denen des Alkoholismus, Verwirrenheit, Ängstlichkeit. Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Schlaflosigkeit, Unruhe, Muskelzuckungen in Zunge und Extremitäten, Gefäßparese, Schwitzen. Am 6. Tage wurde die Patientin nach längerem Schlaf wieder vollständig klar und alle Symptome schwanden.

Anhangsweise berichtet Verf. noch über einen Fall von Trionalvergiftung bei einem Melancholischen, wo bei Verabreichung von Trional in der Dosis von 2 g täglich am 7. Tage Abgeschlagenheit, Benommenheit, langsame, stockende Sprache, taumelnder Gang sich einstellte und im Urin Hämatoporphyrin nachgewiesen werden konnte. Die Symptome verschwanden erst fünf Wochen nach Aussetzen des Trional gänzlich.

Hoppe, Noch einmal die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr. No. 15, S. 161.

Gegenüber *Schlöß* erörtert *Hoppe* nochmals ausführlich die Gründe für seine Forderung, daß der Alkohol als Genußmittel in den Irrenanstalten fort-fallen müsse.

Du Ment, Der Kampf gegen den Alkoholismus. Wiener klin. Rundschau, No. 37, S. 674.

Bericht über den Bremer Kongreß gegen den Alkoholismus. „Positives wurde fast nichts geleistet.“

Hueppe, Körperübungen und Alkoholismus. Berl. klin. Wochenschr., No. 19—21.

Der in der Eröffnungssitzung des IX. internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus am 15. April 1903 in Bremen gehaltene Vortrag des Verf., der die Ansicht vertritt, daß Alkohol bei einzelnen Menschen in nicht zu großen Gaben und bei geeigneten Außenverhältnissen auf die Arbeit keine schädliche Wirkung hat, gipfelt gleichwohl in dem Satze, daß bei einem richtigen und vernünftigen Betrieb von Körperübungen in Turnen, Sport und Spiel Alkohol-genuß etwas vollständig Überflüssiges ist und daß beim Betriebe der Körper-übungen die beste Form der Mäßigkeit die volle Enthaltung von Alkohol ist.

Frank, Ärztliche Seite der Trinkerbehandlung. Der Alkoholismus. H. 3 S. 230.

Trunksüchtige sind Geistesranke. Pflicht der Irrenärzte ist, ihre An-stalten streng alkoholfrei zu führen und alle die Alkoholkranken aufzunehmen, die nicht freiwillig eine Heilstätte aufsuchen. Heilstätten sollten nur da er-richtet werden, wo Abstinenzvereine existieren. Außer offenen Heilstätten muß die Gründung von Heilstätten mit Detentionsrecht und von Asylen für unheilbare Alkoholranke sowie für die Defektmenschen, die infolge der Trinksitten sozial unmöglich sind, angestrebt werden.

Martius, Was ist Mißbrauch geistiger Getränke? Der Alkoholis-mus. H. 2 S. 130.

Das Dogma von der Allgemeinschädlichkeit des Alkohols in jeder Form und in jeder Menge erkennt *M.* nicht an. Mißbrauch des Alkohols ist ein relativer Begriff. Die medizinische Wissenschaft ist auf dem besten Wege, bestimmten Krankheitsanlagen und Dispositionen gegenüber den Alkohol ganz zu verbieten. Kindern Alkohol als Stärkungsmittel zu verordnen, ist grober Mißbrauch. Erst dem vollentwickelten Organismus ist der mäßige Wein- und

Biergenuß als gelegentliches, nicht tägliches, Genußmittel gestattet. Wer auf dieses Genußmittel persönlich ganz verzichten kann und will, soll es tun.

Alt, Über Wert und Einrichtung besonderer Heilstätten für Alkohol-
kranke. Der Alkoholismus. H. 1 S. 25.

Ohne Anstaltsbehandlung ist der Trunksüchtige nicht zu heilen, andere als öffentliche Anstalten gewähren nicht die erforderliche Garantie, solche Anstalten bestehen nicht — also müssen sie vom Staat errichtet werden. Sie sollen unter psychiatrischer Leitung stehen und in ihrer baulichen Anlage und Organisation an die in der heutigen Psychiatrie bewährten Systeme sich anlehnen. Eine Heilstätte von 100 Plätzen hätte sich zusammensetzen aus

Aufnahmebaracke	mit etwa 20 Plätzen,
Rekonvaleszentenhaus	" " 30 "
Familienpflege	" " 20 "
Kolonie	" " 30 "

Die Verschmelzung einer solchen Sonderheilstätte mit einer allgemeinen Volksnervenheilstätte hält *Alt* für sehr vorteilhaft, ist auch nicht für eine grundsätzliche Trennung der Anstalten für Trunksüchtige in Heil- und Pflegestätten.

Foerster, Der Anteil der deutschen Irrenärzte an der Antialkohol-
bewegung in Deutschland. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr.
No. 2 S. 17.

Historischer Überblick über die Tätigkeit der deutschen Irrenärzte im Kampf gegen den Alkoholismus von *Friedrich Nasse* an, der schon 1851 für die Gründung von Trinkerasylen eintrat, bis zur Gegenwart.

Bratz, Die Krankenkassen im Kampfe gegen den Alkoholismus.
Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. No. 2 S. 33.

Die Anschließung der Trunksüchtigen von der Krankenversicherung ist unbillig gegenüber den vielen, deren Trunksucht nur das Zeichen und die Folge tiefer nervöser Erkrankung ist, und es ist unzweckmäßig vom Standpunkte der Volksgesundheit, daß so die frühzeitige konsequente Behandlung der Trunksucht auf Kassenkosten unmöglich gemacht wird.

Sauermann, Zur Prognose und Therapie der Trunksucht. Psych-
Neurolog. Wochenschr. No. 2 S. 23.

Durch Vermittlung der Blaukreuzvereine Deutschlands erhielt *S.* an der Hand von Fragebogen aufgestellte Angaben über 190 Trinker, ihre Familienverhältnisse, Ursache und Behandlung der Trunksucht, Rückfälligkeit usw..

die er statistisch verwertet. Selbst bei ganz schweren Formen der Trunksucht hält er eine Heilung bezw. dauernde Abstinenz für erreichbar. Die als unheilbar zu bezeichnenden Trinker sind psychopathisch veranlagte Individuen. Von der angeborenen Intoleranz kann ein Trinker nicht geheilt, sondern nur vom Alkohol befreit werden. Bei erworbener Intoleranz hält S. jedoch eine völlige Heilung für denkbar. Die Notwendigkeit dauernder Abstinenz und die große Rückfälligkeit der Trinker erfordern eine dauernde Fürsorge nach der Entlassung aus der Behandlung und dafür eignen sich die geschlossenen Abstinenzvereine, die es auch voraussichtlich ermöglichen lassen, daß die Behandlungsdauer in Anstalten, die man jetzt auf sechs bis zwölf Monate bemißt, in vielen Fällen abgekürzt werden kann. Man sollte deshalb bei Errichtung von öffentlichen Trinkerheilanstalten solche Bezirke bevorzugen, in denen die Abstinenzvereine eine genügende Ausdehnung besitzen, um die Nachbehandlung der Entlassenen einigermaßen zu sichern.

Um den Trinkerheilanstalten als Kurmittel einen regelmäßigen Arbeitsbetrieb zu ermöglichen, der sich bei dem durchweg kurzen Aufenthalt der Trinker nicht aufrecht erhalten ließe, schlägt S. vor, die Heilstätten für Nerven- und Alkoholranke einzurichten und sie auch für Psychopathen und gewisse Klassen von Nervenkranken zugänglich zu machen.

Keferstein, Alkoholismus und Bier. Münchener mediz. Wochenschr. No. 33 S. 1425.

Rosenthal, Noch einmal Bier und Branntwein. Ebenda No. 42 S. 1828.

Keferstein als Vertreter der Abstinenz verurteilt im Kampf gegen den Alkoholismus das Bier ebenso wie den Schnaps, da die Fabel von der Unschädlichkeit der verdünnten geistigen Getränke endgültig zerstört ist.

Rosenthal dagegen, von der Überzeugung ausgehend, daß es nicht richtig sei, jedem, auch dem mäßigsten Genuß alkoholischer Getränke unbedingt nachteilige Folgen zuzuschreiben, erblickt immer noch in dem Bier ein Hilfsmittel gegen die hauptsächlichste Alkoholgefahr, den Schnapsgenuß, und meint, es müsse nach wie vor dabei bleiben, daß wir jedermann vor übermäßigem Biergenuß warnen, mehr aber noch vor Schriften, welche durch Verteuerung des Bieres den Schnapsgenuß fördern.

Trunksucht und Geisteskrankheit der Frauen. Deutsche mediz. Wochenschr. No. 34 S. 610.

Im Anschluß an einen im Berliner psychiatrischen Verein gehaltenen Vortrag *Reips*, wonach 74 geistesranke Frauen (in einer öffentlichen Irrenanstalt) nicht durch Gelegenheit, sondern weil sie degenerierte Personen überhaupt waren, zum Trinken gekommen waren, eine Ansicht, der *Jolly* übrigens widersprach, hob *Guttmann* hervor, daß Trunksucht unter geisteskranken Frauen überhaupt nicht häufig vorkomme. Im Jahre 1901 waren in

sämtlichen Irrenanstalten Preußens von 36358 Frauen 769 = 2,37% Trunksüchtige, gegenüber 17,47% bei den Männern. Den höchsten Prozentsatz von trunksüchtigen Frauen lieferte die Paralyse, nämlich 5% (Männer 13%), den niedrigsten Idiotie und Imbezillität: 0,36% (Männer 2,36%). Bei einfacher Seelenstörung waren 2,29% Frauen (18,77% Männer), bei Seelenstörung mit Epilepsie 2,33% Frauen (17% Männer) trunksüchtig.

Cramer, Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Referat, erstattet in der Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in München am 15. und 16. Sept. 1902. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie. H. 1 S. 36.

Cramer, der von einem „normalen“ Rausch natürlich nur im Sinne des alltäglichen Lebens, nicht aber im wissenschaftlichen Sinne gesprochen haben will, kommt in seinem Referat zu folgenden Schlußsätzen:

1. Nach dem heutigen Stande der Gesetzgebung kann nur der Rausch als pathologisch angesehen werden, bei dem eine Beeinflussung durch krankhafte Momente erwiesen ist.

2. Da der Sachverständige nur über Krankheit ein Gutachten abgibt, nicht aber über einen normalen Rausch und dessen Grade, wird er, wenn er überhaupt danach gefragt wird, ablehnen, sich gutachtlich zu äußern.

3. Eine Intoleranz gegen Alkohol ist noch kein pathologischer Rausch.

4. Der pathologische Rausch kann sich namentlich bei schwerer psychopathischen Menschen bei einem und demselben Individuum mit fast immer den gleichen strafbaren Handlungen häufig wiederholen.

5. Nur wenn habituell eine Intoleranz gegen Alkohol vorhanden ist oder wenn es ausnahmsweise gelingt, die besonderen begleitenden Umstände herbeizuführen, ist es möglich, mit dem Experiment einen einigermaßen positiven Erfolg zu erhalten.

6. Zur Diagnose des pathologischen Rausches genügt der Nachweis der transitorischen Bewußtseinsstörung allein nicht, es muß vielmehr der Nachweis erbracht werden, daß diese Bewußtseinsstörung durch krankhafte Momente, die nicht allein in der Alkoholvergiftung liegen, herbeigeführt ist.

7. Nach einer Attacke des pathologischen Rausches kann die Erinnerung an das Vorgefallene völlig fehlen, sie kann aber auch mehr oder weniger partiell sein.

8. Die Handlungen im pathologischen Rausch sind häufig Gewaltakte.

9. Nach Ablauf des pathologischen Symptomenkomplexes erfolgt häufig ein jäher Zusammenbruch mit anschließendem terminalen Schlaf.

10. Die Trägheit der Pupillenreaktion kann zur Diagnose sehr wichtig sein, ihr Fehlen schließt aber den pathologischen Rausch nicht aus.

Alter, Ein Fall von Dipsomanie. Archiv f. Psychiatrie. 37. Bd. H. 3 S. 826.

Aus der Beobachtung eines leicht imbezillen, seit der Pubertät an epileptogener Dipsomanie (im Sinne *Gaupps*) mit Poriomanie, kriminellen Handlungen und Stimmungsanomalien leidenden Patienten, bei dem sich während der Anfälle eine starke Blutdrucksteigerung und eine Herzdilatation fand, leitet A. eine Auffassung der Dipsomanie ab, die er folgendermaßen formuliert: In einer Reihe von Fällen entsteht die Dipsomanie aus einer Epilepsie des Vasomotorenzentrums, das zu der entsprechenden Affektion durch angeborene oder erworbene Momente spezifisch disponiert ist. Diese Epilepsie der zentralen Vasomotion löst in ihren weiteren Konsequenzen im Affektbereich die charakteristische Verstimmung aus, im Gefäßsystem die sekundäre Herzerweiterung, die die Verstimmung vermehrt und kumuliert, und zwar vielfach im Sinne der Herzangst. Beide Momente führen zum Alkohol, oft auf dem Wege über ein dem gesteigerten Flüssigkeitsbedürfnis entsprechendes Durstgefühl, das die allgemeine Anämisierung der Peripherie begleitet. Je jäh der Blutdrucksteigerung einsetzt, desto impulsiver wird der Drang nach dem Alkohol, desto stärker tritt auch das reine Durstgefühl auf. Diese ganz akut einsetzenden und sich stürmisch entwickelnden Attacken haben offenbar auch am meisten Neigung zu weiterer Ausbreitung, hier steigert sich die epileptische Verstimmung am ersten zum epileptischen Dämmerzustand, den dann der Alkohol noch unheilvoller ausgestaltet. Der pathologische Rausch des Dipsomanen steht in seiner Form und in seinen Folgen einem schweren epileptischen Dämmerzustand ganz nahe. Dem Rausch- oder Dämmerzustand folgen dann noch eine Reihe von Stimmungsschwankungen, die auch die nicht durch Alkohol erschwerten Anfälle des Dipsomanen begleiten und sich an reaktive Schwankungen des Blutdruckes anschließen.

Legrain et Halberstadt, Note sur certaines catégories de buveurs intermittents. Annal. médico-psycholog. Nov.-Déc. p. 464.

Nach ihren Beobachtungen in Ville-Evrard teilen die Verfasser die periodischen Trinker in drei Gruppen, in solche, bei denen es sich um Epilepsie handelt, in solche, denen Alkoholexzesse die Folge (nicht die Ursache) der maniakalischen Erregung bei periodischer Psychose sind, und schließlich in solche, die an Anfällen reiner Dipsomanie mit initialer Depression und dann auftretendem unwiderstehlichen Triebe zu Alkoholgenuß leiden. Diese letzte Gruppe ist sehr klein.

Bei den Fällen von Epilepsie und von reiner Dipsomanie ist durch totale Abstinenz eine Besserung zu erzielen, die Abstinenz muß aber eine dauernde sein und daher wäre eine gesetzliche Bestimmung am Platze, daß solche Trinker, die auch nach dem Anfall noch Kranke und zwar gefährliche Kranke bleiben, für längere Zeit in Anstalten untergebracht werden könnten.

Vigouroux et Juquelier, Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale, ayant simulé le délire alcoolique. *Annal. médico-psycholog.* Mars-Avril. S. 274.

In der Société médico-psychologique berichtet Vigouroux über drei Kranke, die unter dem Bilde und mit der Diagnose Alkoholdelir in Vaucluse aufgenommen wurden, bei denen aber die Anamnese und die Untersuchung ergab, daß es sich um Autointoxikation infolge von Niereninsuffizienz handelte. Entsprechende Behandlung und Diät brachten rasche Genesung.

In der sich an den Vortrag anschließenden Diskussion wurde hervorgehoben, daß solche Fälle ziemlich häufig zur Verwechslung mit Alkoholdelir Veranlassung gäben. *Briand* glaubte als differenzialdiagnostisches Symptom für das toxische und gegen das alkoholische Delir das Bewußtsein des Kranken, daß er halluziniere, anführen zu können.

Meyer und Raecke, Zur Lehre vom *Korsakowschen* Symptomenkomplex. *Archiv für Psychiatrie*, 37. Bd., S. 1.

Die acht Krankengeschichten zeigen, daß der *Korsakowsche* Symptomenkomplex keine Krankheit sui generis, vor allem keineswegs, wie *Bonhoeffer* annimmt, eine ausschließlich alkoholistische Psychose ist; er kommt außer bei Alkoholismus auch bei der Paralyse, bei Hirntumor, bei *Dementia post-apoplectica* vor, überhaupt wohl zumeist bei solchen Erkrankungen, die irreparable oder schwer auszugleichende Veränderungen des Zentralnervensystems bedingen.

Warnock, Insanity from hasheesh. *The journal of mental science.* Januar.

Verf., Direktor der Irrenanstalt zu Cairo, entwirft ein Bild der durch den Haschisch bedingten Geisteskrankheiten in Ägypten. Sie gleichen im wesentlichen den alkoholistischen Psychosen. Dagegen bringt der Haschisch nicht die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Organe zustande wie der Alkohol. Von den 1896—1901 in der Irrenanstalt aufgenommenen 2664 männlichen Geisteskranken konnte bei 689 = 27% der Mißbrauch von Haschisch als Ursache der Krankheit nachgewiesen werden. Das weibliche Geschlecht kommt kaum in Betracht. Die Einfuhr von Haschisch ist übrigens verboten, was aber nicht viel nützt.

Ganter.

Feldmann, Über 71 Fälle von akuter Geistesstörung der Trinker. Aus dem Bürgerhospital in Stuttgart. *Deutsche med. Wochenschrift* 1902, No. 49.

Unter 1320 seit 1895 in der Irrenabteilung aufgenommenen Kranken befanden sich 101 Alkoholiker (91 Männer, 10 Frauen). 14 von letzteren wurden in 20 Anfällen wegen akuten halluzinatorischen Trinkerwahnsinns

behandelt und im Durchschnitt nach 17 Tagen entlassen; je einer wurde drei- und fünfmal aufgenommen. An Delirium tremens litten 36 Patienten (zwei Frauen) mit 51 Anfällen. Dauer 1 bis 7 Tage, im Durchschnitt 3,6 Tage. Nur in 4 Fällen wurde Alkohol gereicht wegen großer Herzschwäche, auch Narcotica wurden wenig gebraucht; häufiger dagegen und mit gutem Erfolge hydropathische Prozeduren.

Bei einem 43jährigen Manne trat im Hospital zwei Tage nach dem ersten ein zweiter Anfall auf, der aber ebenfalls rasch einen günstigen Verlauf nahm. In einem anderen, einen 38jährigen Mann betreffenden Falle ging das bei der Aufnahme bestehende Bild des Delirium tremens in das des Delirium acutum über und führte nach einer Woche zum Tode. Hier traten auch drei schwere epileptiforme Krampfanfälle auf. *Schlüter.*

Toulouse, Die Zurückbehaltung der Alkoholisten nach dem Verschwinden der akuten Erscheinungen des Deliriums. *Revue de psych.* Dez. 1902. S. 545.

Nach einer von *Toulouse* veranlaßten Umfrage hält sich die Majorität von 47 französischen Anstaltsdirektoren für berechtigt, Alkoholisten auch nach dem Aufhören der akuten geistigen Störung noch in der Anstalt zurückzuhalten und zwar meistens einen bis mehrere Monate. Diese Zeit wird verlängert, wenn bereits Rückfälle eingetreten sind. Das Material soll als Grundlage für eine gesetzliche Regelung der Anstaltsverpflegung von Alkoholisten dienen, da zurzeit das Recht der Anstaltsdirektoren, derartige Kranke gegen ihren Willen nach Ablauf des eigentlichen Deliriums in der Anstalt zu belassen, nicht außer Frage sei. *Tantzen* (Lüneburg).

Walker, Charles S., The hallucinatory delirium of acute alcoholism. *American journal of insanity.* April.

Die Arbeit gibt eine ausführliche von dem Kranken selbst mitgeteilte Schilderung der verschiedensten Illusionen und Halluzinationen während eines Deliriums. bietet aber sonst nichts Bemerkenswerthes. *Behr.*

Christiani, Su di una singolare alterazione mnemonica in un alcoolista alienato uxoricida. *Rivista sperimentale di Freniatria.* B. 29, H. 3.

P. erstach in einem Wirtshaus plötzlich seine Frau. Er behauptete, sie habe mit anderen verabredet gehabt, ihn zu töten. Bei den verschiedenen Verhören beschrieb er immer in gleicher und genauer Weise alle Einzelheiten, die sich beim Morde und nachher abgespielt hatten. Am 16. Tag nach der Tat, an dem er wie aus einem Traum erwachte, erinnerte er sich aber an nichts mehr, wenn er auch bestimmt von der Untreue seiner Frau überzeugt

war. Dieser Zustand dauerte drei Monate, bis wieder eine psychische Veränderung eintrat, in der er sich wieder aller Einzelheiten jener Tat erinnerte. In diesem Zustand beging er Selbstmord. Verf. diagnostiziert ein Delirium hallucinatorium alcoholicum, das in zwei Anfällen auftrat, während in der Zwischenzeit retro-anterograde Amnesie bestand. *Ganter.*

Blum, Über Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Autointoxikationen: Psychosen thyreopriver Hunde. Neurologisches Zentralbl. No. 15.

Die Schilddrüse ist ein entgiftendes Organ, durch dessen Tätigkeit bestimmte im Körper beständig entstehende Gifte aus dem Kreislauf herausgegriffen und unschädlich gemacht werden. Das Gift, welches durch die Schilddrüse normalerweise zerstört wird, stammt wahrscheinlich aus dem Darmkanal und entsteht dort bei der Eiweißfäulnis. Hunde, denen die Schilddrüse entfernt ist, gehen unter schweren Krankheitserscheinungen rasch zugrunde, wenn sie vorwiegend mit Fleisch gefüttert werden, bleiben dagegen bei Milchfütterung größtenteils längere Zeit am Leben. Die durch Schilddrüsenausfall hervorgerufene Autointoxikation äußert sich, wenn sie mit voller Heftigkeit auftritt, in Form von schweren Krampfständen. Wenn es dagegen gelingt, die Selbstvergiftung abzuschwächen, so treten auch andere Störungen auf und unter ihnen zuweilen schwere Alterationen des Geisteslebens. Einige Hunde schienen an Sinnestäuschungen zu leiden; sie bissen ohne Veranlassung in die Luft, suchten aufgeregt den Boden ihres Stalles zu durchkratzen oder beschädigten sich selber an der Nase und Schnauze. Bei anderen wurden Zeichen von Verblödung beobachtet. Zuweilen verliefen die Störungen unter scheinbarer Erholung in periodischen Anfällen. *Snell.*

Crothers, Unrecognized toxic insanities. The alienist & neurologist. August.

Die Schädlichkeit des Mißbrauchs von Alkohol und Drogen werde nicht genug gewürdigt und die Psychose wie ihre Ursache zu oft verkannt.

Matusch.

Seeligmüller-Halle, Zur Pathologie der chronischen Bleiintoxikation. Deutsche med. Wochenschr. 1902, No. 18.

S. hebt zunächst hervor, daß die Zahl der Vergiftungen im letzten Jahrzehnt infolge der besseren hygienischen Maßregeln merklich abgenommen hat, und weist dann auf einige seltenere Arten des Zustandekommens der Vergiftung hin: durch Schnupftabak, die Karlsbader Bouillontöpfe etc. Besonders frappant ist ein Fall, in dem ein bisher ganz gesunder Mann an ausgesprochener Bleikolik erkrankte, nachdem er nur einen Tag lang Bleiplatten abgeladen hatte, ohne sich vor dem Essen die Hände zu waschen. — Ein

Hüttenarbeiter bekam während mehrfacher Vergiftungen Anfälle von maniakalischer Erregung mit Delirien, einmal mit völlig aufgehobenem Bewußtsein. — Bei einem Feilenhauer traten nach einer sehr schweren Intoxikation neben anderen Hirnsymptomen auch zwei Krampfanfälle auf mit vorwiegender tonischer Starre der Muskeln, mühsamer schnarchender Atmung, Schaum vor dem Munde und nachfolgender mehrtägiger Bewußtseintrübung. Nach Änderung des Berufes stellte sich allmählich vollständige Genesung ein. Die Krampfanfälle müssen lediglich auf die Bleiintoxikation zurückgeführt werden, da andere Ursachen (z. B. Urämie) ausgeschlossen werden können.

Schlüter.

10. Idiotie und Kretinismus.

Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Pellisi, Studii clinici ed anatomo-patologici suli idiozia. *Annali di frenetria e science affini* e. c. 1901. p. 271. Nach einem Referat im *Neurolog. Zentralblatt*, S. 1075 u. f.

Auf Grund der eingehenden Untersuchung dreier Fälle von Idiotie und Herdsklerose kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß sich die verschiedenen Formen von Idiotie einteilen lassen in 1. die Formen, denen ausschließlich Entwicklungsstörungen des Gehirns zugrunde liegen, degenerative Veränderungen des Gewebecharakters atavistischer und teratologischer Art. Diese Zustände entstehen auf der Grundlage schwerer neuropathischer Belastung.

2. Die Formen, denen eigentlich pathologische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute aus der Fötalzeit oder dem frühesten Kindesalter zugrunde liegen, Veränderungen, deren Folgezustände als Sklerosen, Atrophien, Verdickungen der Meningen, Gefäßveränderungen sich finden. Die pathologische Belastung tritt hier in den Hintergrund. Degenerationszeichen sind selten, Epilepsie ist häufig.

Die erste Gruppe bezeichnet *P.* als *Histioatypien* der Hirnrinde. Epileptische Zustände können dabei symptomatisch auftreten, oder als essentielle Epilepsie. Eine von epileptischen Anfällen verursachte Idiotie gibt es nicht.

Felsch, Zwei Fälle zerebraler Kinderlähmung. *Archiv f. Psychiatrie*, 1903, Bd. 36, S. 895.

1. Fall. Normale Entwicklung bis zum 5. Jahr, Pneumonie, im Anschluß daran Epilepsie mit zunehmender Verblödung. Im 13. Jahr im Anschluß an

P*

die sich häufenden Anfälle rechtsseitige Hemiparese. Bei der Aufnahme in Hofheim zeigt der Knabe außer der rechtsseitigen Hemiparese und einer rechtsseitigen Wachstumshemmung der Gliedmaßen eine Narbe in der linken Stirngegend und dieser entsprechend eine tiefe Knochenimpression. Steigerung der Patellarreflexe, besonders rechts, Fußklonus, keine Babinski, Sprache sehr mangelhaft. Der Patient starb im 21. Lebensjahre an Tuberkulose. Die Obduktion ergab Knochennarbe an der Stelle der Impression, Verdickung des linken Schädeldaches mit reichlicher Diploewucherung. Verkleinerung der linken Hemisphäre, speziell der Windungen, des linken corp. Mammillare, des linken Pedunculus, der gekreuzten Kleinhirnhemisphäre.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Vermehrung des Stützgewebes, besonders im Mark, breite perivaskuläre Hohlräumbildung.

Linker opticus schwächer als der rechte. Im rechten Opticus und im inneren Drittel des linken enorme Entwicklung des Zwischengewebes.

Am R.Mark war die rechte Seite weniger entwickelt, im oberen Teil des rechten Pyramidenseitenstranges war die Glia vermehrt, die rechte Clarkesche Säule an Umfang vermindert.

2. Fall. Knabe, seit dem 2. Lebensjahr epileptisch, Schwachsinn mittleren Grades, Verstärkung der rechtsseitigen Reflexe, Ataxia. Vom 20. Jahr an amnestische Aphasie, Tod im 22. Jahre an Tuberkulose.

Die Sektion ergibt einen encephalitischen Herd in der linken Insel, cystöse Herde im linken corp. Striatum, geringere Entwicklung des linken Thalamus, corp. mammillare, der Pyramidenbahn, der rechten Kleinhirnhemisphäre, des Opticus und des Vorderhorns des Halsmarkes.

Mikroskopisch zeigte sich kleinzellige Infiltration im Inselmark und im Kopf des corp. striatum. Im Rückenmark Pyramidenbahn, rechts weniger entwickelt als links; Degeneration der Gollischen Stränge vorhanden, die Verf. mit einer Erkrankung der inneren Kapsel in Zusammenhang bringt. Die anamnestische Aphasie ist durch Erkrankung der Insel erklärt.

Mit Recht wendet sich Verf. gegen das Verlangen *Sommers*, bei Halbseitenlähmung mit Idiotie und Epilepsie Porencephalie zu diagnostizieren. Andere Ursachen der cerebralen Hemiplegie, wie Arteriosklerose e. c. sind in der Tat viel häufiger als Porencephalie.

Schermers, Eenige anthropologische maten bij Krankzinnigen en niet Krankzinnigen onderling vergelaken. Psych. en Neurol. Bladen, 1901. (Nach dem Neurol. Zentralblatt, XXII. Jahrg.. S. 479.)

Messungen nach der Methode von *Manouvrier* an 200 Geisteskranken, darunter 20 Epileptischen und 30 Idioten, und an 100 Gesunden.

Die Durchschnittsmaße der Idioten stehen unter denen anderer Gruppen.

Winkler, Mitteilungen über Bildungsanomalien im Idiotengehirn.
Verein niederländischer Psychiater und Nervenärzte in Utrecht,
26. November 1902. (Nach dem Neurologischen Zentralblatt,
XXII. Jahrg., S. 751.

Gehirn eines 20jährigen epileptischen Idioten. Außer einer unregelmäßigen Anhäufung und Lagerung von Ganglienzellen in der Rinde und teilweiser Sklerosierung der Zellen findet sich im Stabkranz ein ca. $\frac{1}{2}$ cm breiter Streifen grauer Substanz. Er besteht teils aus polygonalen Zellen, teils solchen von birnförmigem embryonalen Typus. W. denkt sich, daß diese Heterotopie verursacht sei durch eine Art „Stauung“, d. h. dadurch, daß die Neuroblasten auf ihrer Migration zur Wand der Hirnbläschen durch irgend einen pathologischen Vorgang (Exsudate, entzündliche Vorgänge in der Rinde) gehindert worden seien.

Sternberg-Wien, Studien über einen Hemicephalus mit Beiträgen zur Physiologie des menschlichen Zentralnervensystems.
Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 24. Bd., 3. u. 4. Heft,
S. 10 ff.

Eingehende anatomische und klinische Beschreibung eines anencephalen Kindes, das nach vier Tagen starb.

Vom zentralen Nervensystem ist nur das Rückenmark und die Medulla oblongata bis in die Gegend des Locus coeruleus erhalten. Das Rückenmark zeigt wesentliche Verkleinerung. Der Zentralkanal ist ventralwärts gerückt. An der Kontur der grauen Substanz fehlen die feinen retikularen Fortsätze. Die Hinterstränge sind gut entwickelt, die Vorderstränge mangelhaft. Die Kleinhirnseitenstrangbahnen sind in einem kleinen Rest erhalten. Die Seitenhornzellen sind reichlich, die Vorderhornzellen verringert, die *Stilling*schen Zellen angedeutet.

Die Pyramiden und ihre Kreuzung sowie die Schleifenkreuzung fehlen, ebenso die *Fibrae arcuat. extern. ventral* und *dorsal*. Vom *Gowers*schen Bündel ist nur ein Rest vorhanden, das *Monakows*che Bündel ist nachzuweisen. Die Seitenstrangkernkerne sind angedeutet. Die Olive ist völlig rudimentär. Hinteres Längsbündel ist erhalten, die obere Olive ist vorhanden. Die Schleife ist angedeutet. Das Kleinhirn ist völlig rudimentär, die Brücke nur angedeutet. Die vier ersten Hirnnerven fehlen oder stehen wenigstens mit dem Zentralnervensystem in keinem Zusammenhang.

In der Substanz des R.M. fanden sich vielfache punktförmige Blutungen. Im wesentlichen zeigt der erhaltene Teil des Zentralnervensystems eine Vereinfachung des normalen Typus. Durch das Fehlen der Pyramiden und der Oliven erhält es einen tierähnlichen Charakter, ähnlich dem niederer Vertebraten.

Die klinische Beobachtung der Mißgeburt ergab, daß erhalten war der Saugreflex, der erste Schrei, Hemmung des Schreiens durch Einleiten

von Saugbewegungen, Schmerz- und Unlustreaktion, speziell trat der spezifisch kindliche Unlustreflex, die „Schnäuzchenbildung“ auf. Lidschluß trat spontan und reflektorisch auf, die Lidspalte konnte nicht ganz geöffnet, aber verengt werden. Es handelte sich um Wirkung des äußeren Trigemini facialis-Astes. Da der Okulomotoriuskern fehlte, so kann nicht angenommen werden, daß der erste Facialisast aus ihm entspringe.

An der oberen Extremität wurden zappelnde Bewegungen unter dem Einfluß von Hautreizen, Zurückbringen des dislocierten Armes in seine frühere Stellung und Greifbewegungen beobachtet.

An der untern Extremität war vorhanden der Patellarreflex, dessen Auslösung auch zu einer Adduktionsbewegung des Beines führte. Das Bein, das beim Kitzeln der Fußsohle angezogen wurde, blieb einige Zeit in dieser Stellung, ein Verhalten, das, wie der gesteigerte Muskeltonus der oberen und der unteren Extremität, auf das Fehlen der Pyramidenbahnen zurückzuführen ist.

Die Beobachtung der Mißgeburt zeigt, welche Reflexe ohne Mitwirkung des Vorder- und Zwischenhirns zustande kommen. Es handelt sich um phylogenetisch alte Reflexe. Bemerkenswert ist dabei, daß die Abwehrbewegungen, die das normale Kind bei Reizung der Nasenschleimhaut macht, fehlten.

Auf den Mangel des Großhirns ist auch wohl das Fehlen der Wärmeregulierung zurückzuführen. Die Rektaltemperatur betrug nur 34,8.

Iberg, Das Zentralnervensystem eines 1½ Tage alten Hemicephalus mit Aplasie der Nebennieren. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 36. S. 581.

Die Untersuchung des Rückenmarkes ergibt folgendes: Fast marklos ist die Pyramidenseitenstrangbahn, nur wenige markhaltige Fasern zeigt die Pyramidenvorderstrangbahn und der ventral von der seitlichen Pyramidenbahn gelegene Teil des Seitenstrangs. Markarm sind ferner das *Gowersche* Bündel und das *Schultzsche* Komma. Gut markhaltig ist die Kleinhirnseitenstrangbahn. In der grauen Substanz finden sich kleinere Blutungen.

Vom Gehirn sind nur Nachhirn und Hinterhirn, doch ohne Cerebellum vorhanden. Im Nachhirn finden sich Pyramidenkreuzung und Schleife, aber beide schlecht entwickelt; Kleinhirnseitenstrangbahnen vorhanden. Pyramide und Olive sind nur rudimentär. Accessorius, Hypoglossus, Glossopharyngeus sind vorhanden, spinale Acusticuswurzel ist angedeutet. Der Zentralkanal erweitert sich entsprechend dem vierten Ventrikel in geringem Grade und schließt sich dann wieder.

Im Hinterhirn fehlen markhaltige Brückenfasern, Pyramidenbahn, Brückenarm. Corpora restiformia, facialis, abducens, aufsteigende Quintuswurzel sind vorhanden. Acusticus ist nur auf einer Seite gut entwickelt, auf dieser Seite findet sich ein verkümmerter Rest des hintern Vierhügels. Das hintere Längsbündel hört nach oben zu auf. Der oberste Teil der rudimentären

Hirnanlage wird gebildet von einem Konglomerat von Blutgefäßen, Blut und Cysten. Die Hypophyse ist angedeutet.

Die Nebennieren sind in Rinde und Mark verkleinert. Schilddrüse, von starker venöser Hyperämie abgesehen, normal.

Taylor and Pearce, Heart and circulation in the feeble minded. Amer. Journal of med. S. CXXI 6 p. 350, Juni 1901. Nach dem Referat in *D. Schmidts Jahrbüchern*, II., S. 131.

Da die Verf. bei 72 schwach sinnigen Kindern eine große Anzahl von Anomalien im Zirkulationssystem fanden, glauben sie einen engeren Zusammenhang zwischen diesen Störungen und dem Schwachsinn annehmen zu dürfen. Durch Besserung der Zirkulationsverhältnisse könne man in frühester Jugend günstig auf das imbezille Gehirn einwirken.

Grohmann-Zürich, Über die Bezeichnung „Aztekentypus“. Psych.-Neurolog. Wochenschrift, V. Jahrg., S. 419.

Der Verf. hält die Bezeichnung vogelköpfiger Mikrocephalen als Azteken für durchaus unbegründet. Die Aztekenindianer sind eine schöne, wohlgebaute Rasse. Die Benennung ist nach *Gr.* zurückzuführen auf einen abenteuerlich-mysteriösen Reisebericht, der im Jahre 1851 in dem literarischen Magazin „Household-Words by Charles Dickens“ zu lesen war. Die zwei Azteken, die dann jahrelang durch die europäischen Schaubuden geführt wurden und die noch in London zu sehen sind, sind nichts anderes als mikrocephale, idiotische Aztekenindianer, keineswegs aber normale Vertreter der Rasse.

Maas, Otto, Einige Bemerkungen über das Stottern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. XXIV. Band, S. 390.

Nach einer einleitenden Übersicht über die verschiedenen Ansichten und Theorien, die im Laufe der Zeit über das Stottern aufgestellt worden sind, bringt *M.* die Ergebnisse der Untersuchungen, die er an dem poliklinischen Material von *Gutzmann* angestellt hat.

Bei 40 Patienten waren in acht Fällen der Vater, in fünf Geschwister Stotterer. Das männliche Geschlecht war viel stärker vertreten als das weibliche. In neun Fällen hatte sich das Stottern unmittelbar an eine akute Infektionskrankheit angeschlossen, *M.* denkt hier an einen entzündlichen Vorgang im Nervengebiet der Sprache. Viermal wurde ein Trauma als Ursache angegeben. Auffallend häufig, in 40% seiner Fälle, fand *M.* eine seitliche Abweichung der herausgestreckten Zunge, eine Anomalie, die schon *Froriep* beobachtet hatte. Facialisdifferenz war häufig, in vier Fällen fand sich Abweichung des Unterkiefers beim Öffnen des Mundes. Psychische Defekte

fanden sich sechsmal (*Gutzmann* stellt den Zusammenhang zwischen psychischen Anomalien und Stottern in Abrede).

M. vertritt auf Grund seiner eigenen und anderweitigen Beobachtungen die Ansicht, daß das Stottern durchaus nicht immer eine funktionelle Neurose sei, sondern zum Teil auf einer organischen Läsion der Sprachbahn, und zwar zentralwärts von den Nervenkerneln beruhe. Zunächst wäre nach *M.* das Stottern nur ein symptomatischer Begriff, ähnlich wie „Krämpfe“.

Bertschinger-Rheinau, Über gewisse transitorische Aufregungszustände bei Imbezillen und Idioten. Verhandlungen des Vereins schweizer. Irrenärzte in Rheinau, 1.—2. Juni 1903. Bericht in d. Zentralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie. XXVI. Jahrg., No. 164, S. 581.

B. spricht über Erregungszustände bei Idioten und Imbezillen, die nicht als Exacerbation einer anderweitigen Psychose auftreten. Sie verlaufen als halluzinatorische Verwirrtheit, Angstanfälle, Fugue-ähnliche Zustände. Das Bewußtsein kann bei diesen Zuständen mehr oder weniger getrübt sein. Die Erregungszustände kommen in allen Stufen der Idiotie vor und geben nicht selten Anlaß zur Begehung von Verbrechen.

Müller-Agram, Über drei Fälle von Myxödem (Hypothyreoidie. Myxidiotie). Wiener mediz. Wochenschr. 1902 No. 10.

Verf. beschreibt den Fall eines vierjährigen Mädchens, dessen geistige Entwicklung vom sechsten Monat an im Anschluß an eine fieberhafte Krankheit mit allgemeinen Konvulsionen stehen geblieben war. Obgleich das Kind nur wenig Zeichen von Myxödem bot (nach der beigegebenen Photographie hat die kleine Patientin gar keinen myxödematösen Habitus), wurde probeweise Thyreojodin verordnet. Die Folge war entschiedene Besserung des psychischen Verhaltens. Wurde die Thyreojodinbehandlung ausgesetzt, so trat sofort wieder eine Verschlechterung ein. Verf. rechnet seinen Fall zu den anderweitig als Myxödeme fruste oder als Hypothyreoidie *bénigne chronique* beschriebenen Fällen.

Die zwei anderen Fälle, von denen *M.* berichtete, sind Kretinen, bei denen das Thyreojodin ebenfalls günstig einwirkte.

Brühl, Rachenmandel und Gehörorgane der Idioten. VII. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft in Wiesbaden. Berliner klin. Wochenschr. 1903 S. 647.

B. machte seine Untersuchungen an den Idioten in Dalldorf. 75% der Untersuchten hatten vergrößerte Rachenmandeln, 38% vergrößerte Gaumenmandeln. Normale Trommelfelle zeigten sich nur bei 32%, bei über 14%

fanden sich Ohreiterungen oder deren Folgezustände. Die Hauptursache dieser häufigen Erkrankungen sieht *B.* in der Indolenz der Idioten und ihrer Vernachlässigung. Daß diese Ohrenleiden auch das psychische Verhalten der Idioten ungünstig beeinflussen, geht aus der Tatsache hervor, daß sie in den schlechteren Klassen der Idiotenschulen viel häufiger sind als in den besseren.

Stadelmann-Würzburg, Methodologischer Beitrag zur Behandlung des defekten erkennenden Sehens bei der Idiotie. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. V. Jahrg. S. 345.

Um das erkennende Sehen in der Ebene (d. h. die richtige Deutung gemalter oder gezeichneter Objekte) bei Idioten zu befördern, schlägt *St.* vor, den Kindern zunächst stereoskopische Bilder von Gegenständen zu zeigen, die in ihrem Erfahrungskreis liegen, dann zu stark reliefartig gehaltenen Darstellungen und dann erst zu Zeichnungen überzugehen. Verf. glaubt, daß sich diese Methode auch für den Leseunterricht zur Erlernung der Buchstaben werde verwerten lassen.

Die Richtigkeit der theoretischen Ausführungen des Verf.s möchte ich nicht bestreiten. Ich fürchte aber, seine Methode ist für die Praxis zu kompliziert, die Anwendung eines dem Schwachsinnigen unbekannten und geheimnisvoll scheinenden Apparates wie des Stereoskopes wird ihm das Verständnis, die richtige Deutung eines Bildes nicht erleichtern, sondern eher erschweren. Bei schwachsinnigen Kindern, denen man stereoskopische Bilder zeigen kann, dürfte man auch mit dem gewöhnlichen Anschauungsunterricht auskommen.

Weygandt, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Bd. IV H. 6—7. Marhold, Halle a. S.

Die Arbeit *W.s* ist besonders deshalb dankenswert, weil in deutscher Sprache etwas Zusammenfassendes über den Kretinismus seit längerer Zeit nicht mehr erschienen ist.

W. definiert den Kretinismus als einen endemisch auftretenden Zustand angeborenen, dauernden Schwachsinn in Verbindung mit einem Zurückbleiben des Skeletts, mit Hautveränderung und Hemmung der geschlechtlichen Entwicklung, als dessen nächste Ursache eine Funktionsaufhebung der Schilddrüse anzusehen ist.

Die plausibelste Erklärung des Namens Kretin ist nach *W.* die Ableitung von dem rhäto-romanischen *Cretina* (= creatura).

In der Ausführung über die Entwicklung unserer Kenntnis des Kretinismus zeigt *W.*, daß bis auf die neueste Zeit Kretinen mit Idioten anderer Art vielfach zusammengeworfen wurden, und daß die Theorie *Virchows*, der das

Wesentliche des Kretinismus in einer frühzeitigen Synostose der basilaren Schädelnähte sah, für lange Zeit irreführend gewirkt hat.

Das richtige Verständnis für die Natur des Kretinismus stammt erst aus den siebziger und achtziger Jahren, nachdem man das sporadische Myxödem und die Cachexia strumipriva kennen gelernt hatte.

Der Kretinismus scheint im ganzen im Rückgang begriffen. (Auch in Württemberg ist dies der Fall, doch sind in den Seitentälern des unteren Neckars einzelne Dörfer bekannt, wo er zugenommen hat.)

Was die körperlichen Symptome des Kretinismus betrifft, so stößt die Untersuchung der Schilddrüse und die Abschätzung ihrer Größe meist auf Schwierigkeiten. Der Kropf ist keineswegs ein notwendiges Attribut des Kretinismus. Schwere Degeneration mit Zwergwuchs scheint bei einfacher Atrophie der Schilddrüse sogar häufiger zu sein. Doch herrschen in dieser Hinsicht offenbar örtliche Unterschiede.

Das wesentliche, durch die Schilddrüsenerkrankung bedingte Symptom ist die Entwicklungshemmung des Skeletts. Sie stellt sich erst vom vierten und dritten Monat an ein. Der Schädel ist häufig — dem kindlichen Zustand der gesamten Wachstumsverhältnisse entsprechend — relativ groß, nicht selten ist aber auch das Gegenteil der Fall. Mit Röntgenstrahlen kann man feststellen, daß bei kretinischen Knochen die Epiphysenlinien verhältnismäßig sehr lange bestehen bleiben. Die eigentümliche kretinische Physiognomie und tiefe und breite Nasenwurzel, weit auseinanderliegende Augen wird weniger durch Knochenanomalien als durch die myxödematöse Veränderung der Weichteile bedingt. Die Annahme, daß beim endemischen Kretinismus, im Unterschied vom Myxödem sens. strict., die spezifischen Hautveränderungen nicht vorkommen, ist unrichtig.

Die Haut ist kühler als normal, der Haarwuchs ist mangelhaft, die Nägel vielfach schlecht entwickelt, Schweiß wird nicht abgesondert, der elektrische Leitungswiderstand ist erhöht. Mit zunehmendem Alter läßt beim Kretinen die myxödematöse Schwellung nach, die Haut wird runzelig, faltig. Auch die Schleimhäute zeigen Schwellung, insbesondere auch der pharyngeale Drüsengürtel. Die Schwellung der Rachentonsille ist oft die Ursache der kretinösen Taubheit. Die Muskulatur ist schlecht entwickelt, die innern Organe zeigen frühzeitig die Symptome des Alterns. Die Geschlechtsteile sind verkümmert.

In psychischer Hinsicht zeigt die Mehrzahl der Kretinen die Form des anergischen Schwachsinn in seinen verschiedenen Abstufungen. Man hat danach Zwergkretinen, mit dem körperlichen und geistigen Habitus von 3—4jährigen Kindern, Halbkretinen entsprechend der Stufe anergischer bildungsfähiger Idioten und Kretinoide aufgestellt. Die letzteren sind Fälle mit den mehr oder weniger ausgeprägten körperlichen Merkmalen des Kretinismus, aber nur mäßiger psychischer Schwäche.

Als eine Stoffwechselerkrankung des gesamten Organismus stellt W. den Kretinismus neben die progressive Paralyse und die Dementia praecox.

Die pathologische Anatomie des Kretinismus bedarf noch weiterer Bearbeitung. Die Schilddrüse zeigt in einem Teil der Fälle hochgradigen Epithelschwund, in anderen die verschiedenen Formen der hypertrophischen Struma. Das Skelett zeigt verspätete Verknöcherung der Epichysen. In den Ovarien wurde mehrmals kleincyst. Entartung gefunden, an den Hoden Atrophie. Am Herzen findet sich schlaaffe blasse Muskulatur, an den großen Arterien ab und zu sklerotische Herde.

Von Hirnbefunden ist ein in neuerer Zeit untersuchter Fall zu erwähnen. Es fand sich (*Nisslfärbung*) Undeutlichwerden und Verkleinerung der Nervenzellkerne in der Hirnrinde, Verwischung der *Nissl'schen* Schollen. Der Achsenzylinder wird nicht sichtbar, Dendriten nur wenig entwickelt. Auffallend stark und lang zeigt sich der Spitzenfortsatz der Zelle.

Ursache des Kretinismus. Die Frage der Heredität ist nicht leicht zu entscheiden, da in kretinös durchseuchten Orten Eltern und Kinder der endemischen Schädlichkeit ausgesetzt sind.

Die Bedeutung der geologischen Formation ist nicht sicher festgestellt. Nach der weitaus wahrscheinlichsten Annahme ist die Ursache des Kretinismus ein Erreger organischer Natur, der die Schilddrüse spezifisch schädigt. Wovon es abhängt, daß ein Teil der Kretinösen keinen Kropf hat, Kropfige derselben Gegend nicht kretinös sind, läßt sich nicht entscheiden.

In betreff der Differentialdiagnose kommen 1. thyreogene Erkrankungen anderer Art, 2. nicht kretinöser Zwergwuchs, 3. nicht kretinöse Idiotie in Betracht. Ref. möchte hier nur aus eigener Erfahrung bestätigen, daß die mongoloide Form der Idiotie in der Tat diagnostische Schwierigkeiten machen kann.

Die Behandlung des Kretinismus besteht in einer allgemeinen Assanierung der durchseuchten Gegenden, insbesondere in einer Verbesserung der Trinkwasserverhältnisse. Bei dem einzelnen Individuum ist die Thyreoidinbehandlung anzuwenden. Für die psychologische Behandlung kommen die für Idiotenerziehung überhaupt geltenden Grundsätze in Betracht. Mit Recht weist W. den Vorschlag *Ziehens*, die Kretinen zu kraniektomieren, zurück.

Zum Schluß wird noch die forensische Seite des Kretinismus berührt, dessen Träger weniger durch Verbrechen als durch Landstreicherei und Betteln lästig werden.

Bayon, Beitrag zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus. Unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit andern Formen von Zwergwuchs und Schwachsinn. Würzburg, Stülers Verlag, 1903.

Der Verf. hat in den verschiedensten Kretinengegenden seine Studien gemacht.

Die erste und wesentliche Grundlage des kretinistischen Zustandes ist kongenitales Fehlen, Schwund, kropfartige Entartung oder erworbene Läsien

der Schilddrüse — die Athyrëosis. Diese ist nach dem Verf. nicht selten bedingt durch eine akute infantile Thyreoiditis. Auf der Athyrëosis beruhen alle charakteristischen Erscheinungen des Kretinismus: Myxödem, Apathie, verlangsamte Entwicklung des Skelettes, des Genitalsystems, der Anämie. Trockenheit der Haut, niedere Temperatur.

Ein durchgreifender Unterschied zwischen sporadischem und endemischem Kretinismus besteht nicht.

Es werden drei Fälle von Kretinismus nach klinischer und anatomischer Seite hin genau beschrieben. In sämtlichen Fällen war die Knochenentwicklung verzögert, eine Synostosis spheno-occipitalis war nicht vorhanden. In zwei Fällen war die Thymus noch vorhanden in einem Alter, wo sie normalerweise nur noch rudimentär sich findet.

Besonders eingehend wird die Differentialdiagnose besprochen zwischen Kretinismus und dem Zwergwuchs, der Mikrosomie. Der Verf. bezeichnet damit Menschen von auffallend kleinem aber proportionalem Wuchs ohne Mißbildungen; ferner die Abgrenzung gegen die Mikrocephalie, Hydrocephalie, Rhachitis, Idiotie. Bei der Idiotie kommt namentlich der Mongolentypus in Betracht. Schwierig kann die Unterscheidung des Kretinismus werden von gewissen kongenitalen Zuständen, in denen rhachitischer Zwergwuchs mit Infantilismus, Schwachsinn und leichter Schilddrüsenveränderung sich verbinden. Des weiteren werden noch die Mikromelie und die Adipositas congenita erwähnt, die unter Umständen den Verdacht auf Kretinismus erregen können. Von besonderem Interesse sind die historischen Notizen. Die ersten, die eine annähernd wichtige Beschreibung des Myxödems und der Schädelverhältnisse gaben, sind die Brüder *Josef* und *Karl Wenzel* (Über den Kretinismus. Wien 1802). Das richtige Verständnis für die Pathologie des Kretinismus haben freilich erst die Forschungen über die Funktion der Schilddrüse und die Folgen von deren Ausfall gebracht. Nach kurzer Besprechung der Ätiologie werden die positiven diagnostischen Merkmale des Kretinismus eingehend erörtert. Therapeutisch kann nur die Thyreoidinfütterung oder die Einpflanzung von Stückchen frischer menschlicher Schilddrüse unter die Haut (*Christiani, Kocher, Kummer*) in Betracht kommen.

Müllberger-London, Die familiäre amaurotische Idiotie und ihre Diagnose. Münchener mediz. Wochenschr.

Zwei Kinder — Geschwister — aus deutscher Bauernfamilie stammend. Knabe 3³/₄ Jahre alt, seit dem fünften Monat krank, völlig blödsinnig, spastische Parese, große motorische Unruhe. Im Auge der charakteristische Befund in der Macula.

Mädchen, 1¹/₄ Jahr alt, kann stehen, aber nicht gehen, ist sehr unruhig. Starrer Blick. Erhebliche Beeinträchtigung des Sehens. Die Augenuntersuchung ergibt beiderseitig graue Atrophie der Sehnerven, aber in der Maculagegend keine gröberen Veränderungen.

Trotz einiger Abweichungen namentlich im Augenbefund ist man wohl berechtigt, die Fälle der *Sachsschen* Form der Idiotie zuzuteilen.

Gessner-Bamberg, Zur Kasuistik der familiären amaurotischen Idiotie. Münchener mediz. Wochenschr. S. 295.

1 $\frac{1}{4}$ jähriges Kind jüdischer Abstammung, gesunde Entwicklung bis zum siebenten Monat, von da an zunehmende Lähmung der Extremitäten und der Rückenmuskulatur. Keine Lues oder Tuberkulose. Ophthalmoskopisch: Atrophie beider Optici, an der Stelle der Macula ein weißer, 1 $\frac{1}{2}$ Papillen großer Fleck mit einem roten Punkt in der Mitte.

Nach *G.* sind im ganzen 70 Fälle von *Sachsscher* amaurotischer Idiotie zur Kenntnis gekommen, davon allerdings nur 50 direkt ärztlich konstatiert. Die überwiegende Mehrheit stammt aus jüdischen Familien.

Schütz, Mikroskopische Befunde bei einem Fall von amaurotischer familiärer Idiotie. Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. Münchener mediz. Wochenschr. S. 1657.

Das Kind war mit vier Monaten an Lähmung der unteren, dann der oberen Extremitäten und an Erblindung erkrankt. Tod mit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren an Marasmus. Die Sektion ergab gleichmäßige Verkleinerung des Rückenmarks, Atrophie und Konsistenzvermehrung des Großhirns. Degeneration der Pyramidenbahn, Atrophie der Vorderhörner, Degeneration der Sehstrahlen und der Markstrahlen der Hirnrinde. Opticus war verdickt, am Durchschnitt durch das Foramen opticum eingeschnürt.

Sachs, Ein weiterer Beitrag zur amaurotischen familiären Idiotie, hauptsächlich einer Erkrankung der grauen Substanz des Zentralnervensystems. Deutsche mediz. Wochenschr. S. 495.

Das 2 $\frac{1}{2}$ jährige Kind jüdischer Abkunft war im Alter von zwölf Monaten erblindet. Typischer Augenbefund. Spastische Lähmung der Extremitäten. Tod an Marasmus. Der histologische Befund war: Mangelhafte Entwicklung der Fasern im Gehirn, Degeneration der Pyramidenbahnen im ganzen Verlauf. Das Wesentliche des Befundes besteht nach *Sachs* in einer hochgradigen Entartung der grauen Substanz von der Hirnrinde bis ins Sakralmark. Totale Veränderung des Zellkörpers der Ganglien, sie stellen eine fast homogene Masse dar, der Kern ist an die Peripherie geschoben, die Zelle oft nur noch an dem allgemeinen Kontur zu erkennen. Die veränderten Zellkörper liegen in deutlichen perizellulären Räumen. Nirgends eine Spur , entzündlicher Veränderung.

Sachs faßt den Zustand im wesentlichen auf als Entwicklungshemmung

der grauen Substanz, „als vitalen Defekt“. Die Entartung der Leitungsbahnen ist sekundär.

S. gibt die anatomische Verwandtschaft mit andern Formen der Idiotie wie der *Little'schen* Krankheit und ähnlicher Krankheitsbilder zu, will aber, mit allem Recht, die familiäre amaurotische Idiotie als wohlcharakterisierten Krankheitstypus erhalten wissen.

Bruns, 38. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1903 in Hannover. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60 S. 745 ff.)

Vorstellung eines idiotischen Knaben, der neben eigentlichen epileptischen Anfällen an Epilepsia continua und electrica leidet.

Nachweisung über den Stand der Anstalten etc. für Geisteskranke. Idioten und Epileptiker am 1. Juli 1900. S. d. Zeitschrift B. 60, S. 480.

Wir entnehmen dieser Zusammenstellung, daß in Preußen am 1. Juli 1900 in Staatsanstalten, Abteilungen von Krankenhäusern, in Strafanstalten, in Wohltätigkeits- und konzessionspflichtigen Privatanstalten untergebracht waren von: Idioten: 5692 männl. und 4585 weibl., davon unter 18 Jahren 2307 männl. und 1573 weibl.; Epileptiker: 4018 männl. und 3410 weibl., davon unter 18 Jahren 742 männl. und 499 weibl. Kranke.

Heimann, Ein Beitrag zur Idiotenstatistik.

S. d. Zeitschrift, Band 60 S. 443.

Aus der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Von *Schröter* und *Wildermuth*. XIX. Jahrg. Kommissionsverlag von Burdach, Dresden.

Wir entnehmen dem vorliegenden Band folgendes.

Von den pädagogischen und schultechnischen Arbeiten erwähnen wir: *Müller*, Störungen der Sprache und Schrift bei geistig schwachen Kindern.

Wehle, Das Auswendigschreiben als Mittel der Sprachbildung Schwachsinniger.

Fuhrmann, Unterrichtliche Spaziergänge mit Schülern der Hilfsschule.

Riemann, Allgemein Interessantes aus dem Taubstummenunterricht. Eine lesenswerte Abhandlung über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand des Taubstummenunterrichtes.

Bericht über den IV. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands zu Mainz am 14.—16. April 1903.

In der Mehrzahl wurden rein pädagogische Themata behandelt. Beachtung verdient der berechtigte Vorschlag von *Grate* aus Hannover, daß die Möglichkeit, schwachbegabte Kinder zwangsweise in die Hilfsschulen zu bringen, gesetzlich festgelegt werde. Oberamtsrichter *Nolte*-Braunschweig sprach über „die Berücksichtigung der Schwachsinnigen im bürgerlichen und öffentlichen Recht des Deutschen Reiches“. Professor *Sommer*-Gießen sprach über den Begriff des Idioten, die Behandlung und Prophylaxis einzelner ihrer Formen, der Hydrocephalie, Mikrocephalie, des Kretinismus, der Porencephalie. Mögen die frohen Hoffnungen *Sommers* über die Therapie und Prophylaxe der Idiotie und Epilepsie in Erfüllung gehen!

Dr. *Frenzel* gibt ein sehr klares Referat über das Buch von *Ament*: „Die Entwicklung von Sprechen und Denken beim Kinde“ (Leipzig, E. Wunderlich).

Spezielles ärztliches Interesse haben die Arbeiten von:

Ackermann-Hochweitzschen: Beitrag zur Epileptikerbehandlung.

W. empfiehlt für die Neueingetretenen zunächst Bettruhe und falls sie schon Brom bekommen haben, weitere Darreichung in der bisherigen Gabe. Dem Verfasser ist durchaus beizustimmen, wenn er betont, daß für einzelne Fälle erregter Epileptischer die Unterbringung in einen Isolierraum bei genügender Überwachung durchaus angezeigt sei. Narcotica zur allgemeinen Beruhigung sind möglichst zu vermeiden. Das Dauerbad ist oft von sehr guter Wirkung, die häufig kritiklose und schablonenhafte Anwendung der Bromsalze bei Epileptischen wird streng getadelt. Die Erfahrungen mit Bromsalz waren nicht befriedigend. Kombination von Brom und Chloral erwies sich in einzelnen Fällen vom häufigeren petit mal günstig. Bei dem Verdacht, daß eineluetische Erkrankung vorliege, wurde JK. angewandt.

Die Versuche mit der kochsalzarmen Diät nach *Richet* haben bestätigt, daß man bei chlorarmer Diät mit einer viel geringeren Menge von Brom auskommt als sonst. Aber auch die unerwünschten Wirkungen des Brom traten dabei viel rascher und heftiger auf. Dazu kommt, daß die salzarme Diät auch sonst ihr Bedenkliches hat. A. ist geneigt, einige Fälle schwerer Hautaffektion (zweimal Decubitus), auch eine gewisse Affektion der Zähne auf Rechnung der chlorfreien Diät zu setzen.

Beim Status epilepticus wurden mit dem Amylenhydrat fortgesetzt gute Erfahrungen gemacht, weniger wirksam schien es bei *Jacksonscher* Epilepsie. Alkoholhaltige Getränke werden in Hochweitzschen so gut wie nicht mehr verabreicht, namentlich auch aus Gründen der Erziehung: es soll dem Epileptiker auch für die Zeit, in der er nicht mehr in der Anstalt ist, die Überzeugung in Fleisch und Blut übergehen, daß Alkohol schädlich für ihn sei.

Schließlich wird noch betont, daß bei Dosierung der Arbeit den vielfachen Schwankungen im Befinden der Epileptiker Rechnung getragen werden muß. Bei den hohen Anforderungen, die der Unterricht der Epileptischen an

die Geduld und Intelligenz der Lehrer stellt, sind zum Unterricht hier nur Männer von besonders guter Leistungsfähigkeit zu verwenden.

Berkhan, Die Stellung des Arztes an der Hilfsschule. die Stellung des Lehrers Schwachsinniger zur Medizin in früherer Zeit.

B. hebt die vielfachen Aufgaben hervor, die der Arzt an Hilfsschulen zu erfüllen hat. Die Anforderungen, die an ihn gemacht werden, sind größer als die der Ärzte der Normalschulen.

Im wesentlichen bietet der Aufsatz einen interessanten historischen Rückblick. Er bringt Erinnerungen an die hochverdienten Bahnbrecher in der Fürsorge für Schwachsinnige: *Dr. Kern*, *Kind* und *Köhler*, die Lehrer und Ärzte zugleich waren, an *Landenberger* in Stetten, an *Heger* in Berlin. Die Tätigkeit und das Wirken solcher Männer ist nach *B.* der beste Beweis dafür, daß bei Schwachsinnigen Arzt und Lehrer Hand in Hand arbeiten müssen.

Greve-Magdeburg: Ergebnisse einer zahnärztlichen Untersuchung von 84 Kindern der Magdeburger Hilfsschulen.

Untersucht wurden 84 Kinder. 5,9 % hatten intakte Gebisse (gegen 3,07 % bei anderen Kindern. In 30,9 % (gegen 30,4 bei anderen Kindern) fand sich rhachitische Hypoplasie der Zähne. Dabei ergab sich die nicht uninteressante Tatsache, daß die gestillten Kinder in größerem Prozentsatz mit rhachitischen Gebissen behaftet waren, als die nicht gestillten.

Hochgesprengte Gaumen fanden sich bei 2,38 % (0,17 % bei anderen Kindern).

Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur L'épilepsie.

L'hystérie et L'Idiotie. Compte rendu du Service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901. Paris, Alcan. 1902.

Die Zahl der kranken Kinder in Bicêtre betrug am 1. Januar 1901 437. Davon sind im Berichtsjahr abgegangen 20 durch Tod, 83 sind ausgetreten, 32 gingen in die Abteilung für Erwachsene über, 32 wurden zum Teil geheilt oder gebessert der Familie zurückgegeben. Eingetreten sind 111 Kranke.

Die Fondation Vallée enthielt am Schluß des Berichtsjahres 78 Kranke.

Neben der Statistik enthält diese Abteilung des Berichtes wie früher eine Reihe von Mitteilungen über Methodik und Technik des Idiotenunterrichtes.

Die unermüdlichen Anstrengungen Bournevilles, in Frankreich die Gründung von Hilfsschulen für Schwachsinnige ins Leben zu rufen, scheinen bisher keinen Erfolg zu haben. *B.* gibt eine Übersicht über die weitere Entwicklung des Hilfsschulwesens in den verschiedenen anderen Ländern in den letzten Jahren.

Dem klinisch-anatomischen Teil entnehmen wir folgendes:

Ambard, Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre.

Günstige Beeinflussung des Petitmal durch Bromkampher. A. macht darauf aufmerksam, daß das Mittel lange Zeit fortgegeben werden muß und daß die Gelatine kapseln, in denen es verabreicht wird, nicht zu derb sein dürfen.

Bayer, Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale.

Zwei sehr eingehende Krankengeschichten von Kindern mit Hang zu Lüge und Diebstahl. In einem Fall wurde eine — wie es scheint — dauernde Besserung erzielt.

Paul-Boncour, Considérations anatomo-cliniques sur le rapport de l'impotence musculaire et de certains troubles osseuses dans l'hémiplégie infantile.

Auf Grund des Studiums von 43 Skeletten halbseitig Gelähmter untersucht der Verf. die Beziehungen des Muskelschwundes der gelähmten Seite zu der Beschaffenheit der Knochen.

Die Ergebnisse am Femur sind im wesentlichen: die Diaphyse des Femur der gelähmten Seite zeigt sich mehr abgerundet als der normale Knochen. Dieser unterscheidet sich vom kranken also nicht nur durch ein Mehr von Knochengewebe, sondern durch die ganze Form. Weitere Erscheinungen am hemiplegischen Femur sind: Winkel zwischen Diaphyse und Schenkelhals ist größer, die Lippen der Linea aspera gehen weiter auseinander als auf der gesunden Seite; Bildung von genu valgum. In mancher Hinsicht zeigen die hemiplegischen Knochen ein Stehenbleiben auf kindlicher Stufe; seine Besonderheiten sind ausschließlich bedingt durch die Wirkung oder den Ausfall des Muskeldruckes.

Ambard, Folie de l'adolescence.

Fall von zirkulärem Irresein bei einem 14jährigen Mädchen. Heilung der Psychose. Tod an Tuberkulose.

Bourneville, Idiotie du type Mongolien.

Philippe et Oberthur, Etude histologique de deux cas d'idiotie type „Mongolien“.

Klinisch zeigte sich leichte Herabsetzung der Körpertemperatur, Schilddrüse war vorhanden, Körperlänge unter dem normalen Durchschnitt. Außerdem fanden sich die übrigen Zeichen dieser Form der Idiotie: Kleiner brachycephaler Schädel, die charakteristische „Chinesenphysiognomie“, breite Nase. Die histologische Untersuchung ergab leichte Leptomeningitis mit Neubildung von Gefäßen. Vermehrung der Bindegewebszellen, keine perivaskuläre Lymphocyteninfiltration.

Bourneville, Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques.

Analogie der Hautblutungen bei Epileptischen mit denen der Stigmatisierten.

Crouson, Idiotie symptomatique d'une sclérose atrophique limitée aux circonvolutions du coin gauche.

Fall von idiotischem Blödsinn mit Anfällen von Konvulsionen besonders der rechten Körperhälfte. Sklerose des linken Cuneus. Eine Sehprüfung hatte bei dem tiefstehenden Kranken nicht vorgenommen werden können.

An den Gefäßen einfache Verdickung der Externa. Windungen zeigen Mikrogyrie. In der Rinde Verminderung der Zahl der Ganglienzellen. Die Zellen selbst schlecht entwickelt, vielfach rundliche Formen darbietend. Chromophilie des Kerns, scharfes Hervortreten des Nucleolus. Spärliche Protoplasmafortsätze, Achromatose des Plasma. Die Lageanordnung der Zellen ist normal, Heterotopieen sind nur ausnahmsweise zu beobachten. Hauptsächlich ist der untere Teil des Scheitellappens betroffen. Die Nervenfasern, auch die tangentialen, sind überall erhalten, wenn auch sehr zart. Die radiären Fasern zeigen mehrfach unregelmäßigen Verlauf.

Neuroglia tritt nicht hervor, keine Spinnzellen. Die zahlreichen Neurogliazellen sind klein, ohne deutliches Protoplasma.

Die weiße Substanz färbt sich (Weigert-Pohl) in viel schwächerem Grad als normal. Die einzelnen Fasern sind sehr dünn. Es handelt sich um eine formlose Dystrophie. Die Blutgefäße des Marks sind vermehrt, ihre Wandungen zeigen hyaline oder skleratische Verdickung.

Morel, Porencéphalie vraie de l'hémisphère gauche; pseudo porencéphalie des deux hémisphères.

Fall von idiotischem Blödsinn mit spastischer Paraplegie und spastischer Lähmung des rechten Armes. Es fanden sich zwei symmetrische pseudo-porencephalische Herde im vorderen Teil der Schläfenlappen und eine echte Porencephalie im Bereich des Parazentrallappens, der I. Frontal- und vorderen Zentralwindung.

Weygandt, Über die Leitung von Idiotenanstalten. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. IV. Jahrg. No. 38.

Der Artikel *Weygandts* ist in erster Linie eine Abwehr und Verteidigung gegen die Angriffe *Trüpers* auf die Abhandlung W.s „Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung“. Neben den polemischen Ausführungen entwickelt W. seine Grundsätze über die Stellung, die den Ärzten bei der Leitung von Idiotenanstalten gebührt. Grundsätze, wie sie von psychiatrischer Seite seit Jahren, stets vergeblich, vertreten werden. Die Angriffe *Trüpers* scheinen um so weniger gerechtfertigt, als aus allen Publikationen *Weygandts* ein eingehendes Verständnis und eine durchaus billige Würdigung der pädagogischen Seite der Idiotenfürsorge hervorgeht.

Weygandt, Die Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern.
Siehe diese Zeitschrift Band 60 p. 833.

Auer, Kölle, Graf, Verhandlungen der IV. schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen in Luzern am 11. und 12. Mai 1903.

Dem inhaltreichen Band, der Eingangs das Bild des um das schweizerische Epileptiker- und Idiotenwesen hochverdienten Leiters der Epileptikeranstalt in Zürich, Direktor *Kölle*, bringt, entnehmen wir folgendes:

Auer, Die Sorge für geistesschwache Kinder in der Schweiz. Nach Aufzählung der einzelnen Anstalten, die Zahl der in Idioten- und Epileptikeranstalten verpflegten geistesschwachen Kindern betrug anfangs 1903: 958. In den 22 Anstalten für Schwachsinnige wurden seit ihrer Eröffnung 3028 Zöglinge verpflegt und unterrichtet. In Einrichtung begriffen sind zwei neue Pflegeanstalten für bildungsunfähige Idioten.

Hilfssklassen für Schwachsinnige bestanden in der Schweiz am 1. Februar 1903 35, mit einer Gesamtzahl von 1160 Schülern (seit 1897 eine Vermehrung um 100%).

Außerdem sind mehrfach Nachhilfeklassen für Schwachbegabte eingerichtet.

Die Übersicht zeigt wieder, daß das schweizerische Idiotenwesen namentlich in den letzten Jahren außerordentliche Fortschritte gemacht hat.

Dr. *Urich*, Der Schwachsinn bei Kindern, seine anatomischen Grundlagen, seine Ursachen, seine Verhütung. Es werden charakteristische Fälle der Haupttypen der Idiotie: verschiedene Formen der Mikrocephalie, Mikrogryrie, tuberöser Encephalitis, Porencephalie kurz klinisch geschildert, der anatomische Befund in guten Abbildungen erläutert. Auch das Wesentliche der histologischen Veränderungen wird mitgeteilt. Es wird das wichtigste aus der Erblichkeitslehre besprochen. Bei 41% der von Dr. *Guillaume* untersuchten Idioten und Epileptiker war Alkoholismus der Eltern nachzuweisen. Nach den Erfahrungen von *Urich* in der Schweizer Anstalt für Epileptische schwankt der Prozentsatz zwischen 20 und 40%. *U.* erwähnt dann noch der Schädlichkeiten während der Gravidität, die zur psychischen Verkümmern der Nachkommen führen können, und den Kretinismus. Eine statistische Übersicht von Dr. *Guillaume* über 331 Idioten und Epileptische zeigt den Anteil der einzelnen hereditären und individuellen Schädigungen an der Entstehung der Idiotie und Epilepsie. In den Thesen, die *U.* aufstellt, werden die einzelnen prophylaktischen Maßregeln angeführt, Bekämpfung des Alkoholismus, des Kretinismus, der Lues usw.

Kölle-Zürich, „Ursachen des Schwachsinn“, gibt eine statistische Übersicht über die Ätiologie der Idiotie, wesentlich auf Grund statistischer Mitteilungen deutscher Anstalten, im ganzen von ca. 4000 Fällen. Die Zahlen sind nach den einzelnen Quellen recht verschieden. Der Einfluß des Alkoholismus ist auch hier deutlich. Blutverwandschaft der Eltern ergab sich im Durchschnitt in ca. 4%. Die Angaben über den Einfluß der Lues

schwanken zwischen 1 und 18%! Erstgeborene finden sich unter den Idioten 32%, Frühgeborene im Durchschnitt 4,5%.

Der zum Teil erhebliche Unterschied in den einzelnen Zahlen zeigt, daß bei den statistischen Aufnahmen doch von recht verschiedenen Gesichtspunkten ausgegangen wurde.

Straumann-Biberstein bespricht die Mittel und Wege, auf denen für die Schwachsinnigen nach ihrem Austritt aus den Anstalten und den Spezialklassen zu sorgen ist: Aufstellung einer Kommission, die nach geeigneten Patronen zu suchen hat, Gründung von Asylen mit landwirtschaftlichem Betrieb. (Damit hätte man aber wieder Idiotenanstalten! Ref.)

Graf-Zürich teilt mit, daß bei 70% von früheren Schülern der Hilfsklassen die Erwerbsfähigkeit befriedigend, bei 25% gering und bei 5% gleich Null ist.

Decroly, La Situation des enfants anormaux en suisse. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. 1903 April.

Bericht über die Fürsorge für die Idioten und Schwachsinnigen in der Schweiz auf Grund der Verhandlungen der III. schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen in Burgdorf, über die seinerzeit in dieser Zeitschrift referiert worden ist.

Verf. spricht mit vollem Recht seine warme Anerkennung über die gewaltigen Fortschritte aus, die das Idiotenwesen in der Schweiz in den letzten zwei Jahrzehnten gemacht hat.

Ferrari, L'assistenza dei fanciulli deficienti in Italia. Il suo passato e il suo avvenire. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 29, H. 1—2.

Verf. gibt einen Überblick über die Behandlung schwachsinniger, minderwertiger Kinder. 1848 wurde in Aosta ein Asyl für Kretinen errichtet, dessen Vorbild Guggenbühl in der Schweiz war. 1884 gründete der Senator Tommasini in Rom im Anschluß an die Irrenanstalt ein Asyl für heilbare Idioten. Einige Jahre nachher wurde von Prof. *Cioni* das Institut für Schwachsinnige bei Lecco gegründet. In der Folge entstanden in den größeren Städten ähnliche Institute. Zu erwähnen wären noch die von De Sanctis in Rom gegründeten Schulen, eine für die reichen, eine für die armen Kinder. 1898 rief Prof. *Bonfigli* die vaterländische Gesellschaft zum Schutze minderwertiger Kinder ins Leben. Da diese Anstalten meist für die Reichen waren, demnach auch fast nur eine einseitige, intellektuelle Ausbildung in Betracht kam, schlägt Verf. vor, zweckentsprechende Schulen auch für die Armen zu errichten, in denen die Schüler vor allem auch ein Handwerk lernen sollen. So würden diese Defektmenschen am ehesten nützliche Mitglieder der Gesellschaft werden können. *Bonfigli* organisierte besondere Unterrichtskurse für

Lehrer und Lehrerinnen, die sich für die Erziehung minderwertiger Kinder interessieren. *Ganter.*

Tredgold, Insanity in imbeciles. The journ. of mental science. Januar.

Verf. unterscheidet bei den Imbecillen zwei Arten geistiger Erkrankung. Die eine betrifft hauptsächlich das Vorstellungsleben, die andere das Gemütsleben. Dort zeigen sich Wahnideen und Sinnestäuschungen, hier spontan oder durch Kleinigkeiten hervorgerufen, oft sehr heftige, an epileptische Attacken erinnernde Erregungszustände. Was die einzelnen Krankheitsformen anbelangt, fand Verf. Manie in 55%, Melancholie in 40–45%, progressive Paralyse in 2–3%. Die Zustandsbilder der Manie und Melancholie gehen meist sehr rasch, in einigen Wochen bis zu drei Monaten zurück, rekurren aber gern. Der geistige Verfall wird dadurch beschleunigt. Der Beginn der Erkrankung fällt fast immer in die Pubertätszeit, auch bei der progressiven Paralyse. *Ganter.*

11. Statistik.

Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Die Verwandtenehe und die Statistik, von Regierungsrat Professor Dr. *P. Mayet*, Mitglied des Kaiserl. statist. Amts, Berlin. (Sonderabdruck Jahrb. der internat. Vereinigung für vergleich. Rechtsw. und Volkswirtschaftslehre zu Berlin, VI. und VII. Band).

Wenn man bei einer größeren Zahl von Geisteskranken, bei denen Nachrichten über Blutsverwandschaft der Aszendenten vorliegen, den Einfluß dieser Blutsverwandschaft feststellen will, so machen sich zwei Gesichtspunkte geltend. Der erste ist der Vergleich der Prozentzahl der aus blutsverwandten Ehen stammenden Geisteskranken mit der Prozentzahl der aus blutsverwandten Ehen stammenden Personen der gesamten Bevölkerung. Die zweite Frage ist: Haben die aus blutsverwandten Ehen stammenden Geisteskranken statistisch faßbare Eigentümlichkeiten, die sie von den anderen Geisteskranken unterscheiden, ähnlich z. B. den Geisteskranken mit alkoholo-

listischer, syphilitischer etc. Ätiologie. Verf. wendet sich zunächst dem ersten Gesichtspunkt zu.

Zu dem Prozentsatz der konsanguinen Abkömmlinge in der Bevölkerung gelangt man auf indirektem Wege durch Feststellung der Zahl der Eheschließungen unter Blutsverwandten. Diese Zahl wird gegenwärtig festgestellt in Frankreich, Bayern, Preußen und Ungarn. Weniger verwertbare Nachrichten liegen noch aus anderen Ländern vor.

In Frankreich kamen in den 19 Jahren von 1853—1871 auf 5481313 Eheschließungen 61372 Verwandtenehen = 11,1⁰/₀₀.¹⁾ Interessant ist der Einfluß einer Verwaltungsmaßregel. Im November 1863 erging eine Verfügung des Ministers an die Präfekten und Maires, die Zahl der blutsverwandten Ehen sorgfältig zu erheben. Darauf ging die pro Mille-Zahl dieser Ehen von 9,99 in den Jahren 1856—60 auf 11,89, in 1861—65 und 12,56 in 1866 bis 71 in die Höhe. Im Jahre 1875—79 betrug die Zahl 11,15 und sank dann von Jahrfünft zu Jahrfünft auf 9,45 in 1890—1894. Dem Obigen entsprechend wird man nach Verf. diese Abnahme nicht etwa einem fortschreitenden Einwirken der Belehrung über die Schädlichkeit der Verwandtenehen, oder dem erleichterten Verkehr oder der Freizügigkeit zuschreiben, sondern dem allmählichen Vergessen der Erhebungsvorschriften.

Ferner liegen über Bayern Nachrichten vor über 20 Jahre, von 1879 bis 1899, mit 811277 Eheschließungen, darunter 5295 unter Blutsverwandten, und Preußen über 25 Jahre, von 1875—1899, mit 5922439 Eheschließungen, darunter 38310 unter Blutsverwandten. Die Angaben beider Staaten stimmen ziemlich überein und sind namhaft niedriger als die französischen. Es betragen in pro Mille:

	in Bayern	Preußen
Die Eheschließungen unter Blutsverwandten.....	6,53	6,47
„ „ „ Geschwister-Kindern	5,82	5,87
„ „ „ zwischen Onkel und Nichte ...	0,52	0,49
„ „ „ Neffen und Tante ...	0,19	0,11

Die drei ersten Angaben liegen für beide Staaten so dicht beieinander, daß sie sich nach Verf. ihre Richtigkeit in unanfechtbarer Weise gegenseitig zu bestätigen scheinen. Die letzte Angabe ist für beide Staaten abweichend, wohl wegen der kleinen absoluten Zahl (5 und 19).

Die Zahlen von Ungarn liegen nur für das Jahr 1900 vor. Die pro Mille-Zahl für Geschwisterkinder (5,4) steht den obigen Zahlen nahe, die beiden folgenden namhaft niedriger.

Die bayerischen und preußischen Zahlen sind nach Verf. zu niedrig. Nach *Peipers* (diese Zeitschrift, 58. Bd. H. 5) Feststellungen bei einem rheinischen, und denen des Verf. bei einem Berliner Standesamt werden die

1) In den 24 Jahren von 1875—98 kamen unter 6792450 Eheschließungen 71110 Verwandtenehen vor = 10,45⁰/₀₀.

Zählkarten der Eheschließungen dort vierteljährlich, hier wöchentlich nachträglich aus dem Heiratsregister ausgefüllt. Dieses enthält aber keine Rubrik für die Nachricht der Blutsverwandtschaft der Eheschließenden. Die 1874 erteilte preußische Anleitung für die Ausfüllung der Zählkarten sieht keine geschäftsordnungsmäßige Buchstelle für die Aufzeichnung der Antwort betreffs Blutverwandtschaft vor. Sie will ferner die Frage bei der Trauung gestellt wissen, statt bei dem Aufgebot. Endlich müßte Vorsorge getroffen werden, daß diese Antwort auf die Zählkarte übernommen würde. Damit diese Vorschriften nicht in Vergessenheit geraten, würden sie am besten auf die Rückseite der Zählkarte aufgedruckt.

Nach *Peipers* und des Verf. Feststellungen würde man die erhaltenen Zahlen als unvollständig, als Minimalzahlen betrachten müssen. Sie würden schon allein in denjenigen Fällen beweisende Kraft haben, wo in einer bestimmten Summe von Geisteskranken etc. die Kinder aus konsanguinen Ehen in noch geringerem Prozentverhältnis vorhanden sind, als die Minimalziffern angeben.

Von dem Prozentanteil der konsanguinen Ehen an der Gesamtheit der Ehen würde man auf den Prozentanteil der konsanguinen Abkömmlinge an der Gesamtheit aller ehelich geborenen Kinder schließen dürfen, da anzunehmen sei, daß konsanguine Ehen und gekreuzte Ehen gleiche Fruchtbarkeit besitzen, und daß die konsanguinen Abkömmlinge die gleiche Lebensfähigkeit haben, wie die Kinder aus gekreuzten Ehen. Was hiergegen vorgebracht wird, sei rein willkürlich, beruhe nicht auf Tatsachen.

Da kein Grund vorliegt, anzunehmen, daß die unehelichen Verbindungen hinsichtlich der Blutsverwandtschaft sich anders verhalten, als die ehelichen, so wird man die für die Eheschließungen der Blutsverwandten festgesetzte Relativzahl gegenüber 1000 Eheschließungen überhaupt auch als gültige Relativzahl für das Vorkommen konsanguiner Sprößlinge in der Bevölkerung betrachten dürfen. Diese Zahl war für Preußen 6,5⁰ ∞. Diese Ziffer gilt also für die vorauszusetzende Nachkommenschaft aus konsanguinen Ehen für Preußen, und nach der Übereinstimmung mit Bayern auch für ganz Deutschland. Bei 56,3 Mill. Einwohnern des Deutschen Reichs würden demnach mindestens 365950 Sprößlinge konsanguiner Ehen von den guten resp. schlechten Einwirkungen dieser Ehen betroffen sein. Die literaren Äußerungen über die Art dieser Wirkungen sind verschieden.

Von den Pessimisten führt Verf. *Mantegazza* (Hygiene der Liebe) an, der den Sprößlingen konsanguiner Ehen Anlagen zu Krankheiten des Nervensystems und viele andere Mängel nachsagt. Von den Optimisten zitiert Verf. *v. Fircks*, der sich auf die Resultate der Tierzüchter, die bekannten Angaben über die Pharaonen, Perser, Inkas, auf die von der übrigen Welt abgeschlossenen Gemeinden, Loireinsel, schottische Fischerdörfer etc. bezieht. (Genauere Angaben hierüber finden sich bei *Peipers* l. c.).

Zum Vergleich mit dem aus konsanguinen Ehen stammenden Bevölkerungsanteil bringt Verf. den Zugang zu den preußischen Irrenanstalten nach

der Statistik des Königl. preußischen statistischen Bureaus für die Jahre 1884—97 mit den betreffenden Angaben über Erblichkeit und Blutsverwandtschaft. Für letztere sind nur die Verwandtschaftsverhältnisse, wie in der Bevölkerung berücksichtigt, also Geschwisterkinder, Onkel und Nichte, Neffe und Tante. Die Zahlen sind nach Tab. 6 und 8 folgende:

Erblichkeit ist nachgewiesen:

Einfache Seelenstörung				Paralytische Seelenstörung			
Männer		Frauen		Männer		Frauen	
Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.

A. Bei dem Zugang aller Geisteskranken.

47379 | 14503 || 54718 | 17815 | 18233 | 3293 || 4703 | 746

B. Bei dem Zugang derjenigen Geisteskranken, deren Eltern blutsverwandt waren (als Cousin und Cousine, Onkel und Nichte, Neffe und Tante).

338 | 241 || 326 | 218 | 85 | 41 || 10 | 4

C. Als Cousin und Cousine (Teil von B).

302 | 212 || 293 | 193 | 78 | 36 || 9 | 3

D. Als Onkel und Nichte (Theil von B).

36 | 29 || 30 | 22 | 7 | 5 || 1 | 1

Epileptische Seelenstörung				Imbecillität und Idiotie			
Männer		Frauen		Männer		Frauen	
Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.	Zugang	Darunt. Erbl.

A. Bei dem Zugang aller Geisteskranken.

8170 | 2057 || 5897 | 1547 | 9824 | 2851 || 6592 | 1862

B. Bei dem Zugang derjenigen Geisteskranken, deren Eltern blutsverwandt waren (als Cousin und Cousine, Onkel und Nichte, Neffe und Tante).

45 | 20 || 34 | 22 | 136 | 64 || 101 | 38

C. Als Cousin und Cousine (Teil von B).

39 | 16 || 31 | 20 | 123 | 57 || 88 | 34

D. Als Onkel und Nichte (Teil von B).

6 | 4 || 3 | 2 | 13 | 7 || 13 | 3

Bei den folgenden Berechnungen sind überall Männer und Frauen zusammengenommen. Nach Abteilung A und B stammen von allen Geisteskranken zusammen 6,9‰ aus blutsverwandten Ehen. (*Peipers* hat für die Bonner Irrenanstalt 11,6‰, l. c. S. 831).

Verf. bringt ferner für die einzelnen Formen die Prozentsätze der erblichen Fälle, berechnet zur Gesamtzahl der Fälle, 1. überhaupt, 2. bei den Fällen mit Blutsverwandtschaft. Es ist dann noch die Ziffer für 1 = 100 genommen und die Ziffer für 2 hiernach berechnet.

A. Bei der einfachen Geistesstörung sind erblich belastet:

1. Überhaupt..... 31,7‰ = 100
2. Bei Blutsverwandten..... 69,0‰ = 218

Bei paralytischer Geistesstörung:

1. Überhaupt..... 17,6‰ = 100
2. Bei Blutsverwandten..... 45,3‰ = 257

Bei epileptischer Geistesstörung.

1. Überhaupt..... 25,6‰ = 100
2. Bei Blutsverwandten..... 53,2‰ = 208

Bei Imbecillität und Idiotie:

1. Überhaupt..... 28,7‰ = 100
2. Bei Blutsverwandten..... 43,0‰ = 150

Verf. folgert nun: Wo erbliche Familienanlage bei beiden blutsverwandten Eltern vorhanden ist, verstärken sich die Wirkungen der Vererbung. Die Sprößlinge solcher Ehen werden etwa doppelt so oft geisteskrank werden, als die aus unverwandten erblich belasteten Familien. Wir finden aber bei den drei ersten Formen, der einfachen, paralytischen und epileptischen Seelenstörung noch höhere Zahlen (218, 257, 208) als Wirkung der Blutsverwandtschaft. Bei der Imbecillität und Idiotie spielen dagegen die Vererbung eine geringere Rolle (150).

Wenn man die Angaben unter B der Tab. in die drei Unterabteilungen zerlegt, Sprößlinge von Geschwisterkindern, Onkel und Nichte, Neffe und Tante, so ist es dem Verf. zunächst auffallend, daß die letzte Gruppe nur mit drei Fällen vertreten ist (vom Referenten daher übergangen). In der Bevölkerung kamen in dem betreffenden Zeitraum bei 2933 Ehen von Onkel und Nichte, 613 Ehen zwischen Neffe und Tante vor, also reichlich der fünfte Teil. Dies würde etwa 21 Fällen Geisteskranker aus Neffe-Tanten-Ehen entsprechen. — In der Debatte wurde geäußert: Wahrscheinlich sei die Tante meist älter als der Neffe, wahrscheinlich meist den klimakt. Jahren

nahe. Aus diesen Ehen würden daher viel weniger Kinder vorgehen. — Dieser Ansicht wird man vorläufig wohl zustimmen können.

Zur Vergleichung der Sprößlinge von Geschwisterkindern mit denen aus der Ehe von Onkel und Nichte dient folgende Zusammenstellung:

Fälle mit nachgewiesener Erblichkeit.

(Tab. 9 des Verf.).

1. Einfache Geistesstörung:

Von den Kranken überhaupt	31,7% = 100
„ „ „ deren Eltern Cousin und Cousine	68,1% = 215
„ „ „ „ „ Onkel und Nichte.....	77,3% = 244

2. Paralytische Geistesstörung:

Von den Kranken überhaupt	17,6% = 100
„ „ „ deren Eltern Cousin und Cousine	44,8% = 255
„ „ „ „ „ Onkel und Nichte.....	75,0% = 426

3. Seelenstörung mit Epilepsie:

Von den Kranken überhaupt	25,6% = 100
„ „ „ deren Eltern Cousin und Cousine	50,0% = 195
„ „ „ „ „ Onkel und Nichte.....	66,7% = 261

4. Imbecillität und Idiotie.

Von den Kranken überhaupt	28,7% = 100
„ „ „ deren Eltern Cousin und Cousine	43,1% = 150
„ „ „ „ „ Onkel und Nichte.....	38,5% = 134

Nach den vorstehenden Zahlen tritt bei den drei ersten Krankheitsformen, der einfachen, paralytischen und epileptischen Geistesstörung die Erblichkeit, je näher die Verwandtschaft, um so stärker hervor, also bei den Nachkommen von Onkel und Tante mehr, als bei denen von Geschwisterkindern. Die Idiotie verhält sich aber umgekehrt. Bei einem Satz von 100 für alle Kranken überhaupt, haben die Nachkommen von Geschwisterkindern 150, die von Onkel und Nichte 134. Zu dem früheren Resultat, daß bei Idiotie die erbliche Belastung eine seltenere ist, kommt jetzt das weitere, daß bei ihr, je näher die Verwandtschaft, ihre Wirksamkeit eine geringere ist. Es ist jedoch zu bemerken, daß dies Resultat vorzugsweise durch die Frauen bedingt wird. Die Zahlen lauten für die Männer 100, 160, 185, für die Frauen 100, 137, 82. Ein gewisser Gegensatz gegen die drei ersten Formen findet sich daher auch bei den Männern.

Diese Schlußfolgerungen des Verf. haben jedoch ihre Bedenken, besonders bezüglich der Idiotie. Als Vergleichszahl ist nämlich die Erblichkeits-

ziffer der betreffenden Form überhaupt benutzt worden. Nun könnte es sein, wie es sich sogleich bestätigen wird, daß die erblichen, nicht blutsverwandten Fälle bei den Idioten besonders stark und stärker als bei den anderen Formen vertreten wären. Dies würde natürlich die Ziffer für die konsanguinen Fälle herunterdrücken. Dieser Mißstand wird vermieden durch die Berechnung zur Gesamtsumme des Zuganges, wie sie Verf. in Tab. 10 und 11 geliefert hat.

B. Die Geisteskranken, deren Eltern blutsverwandt waren, machen von den Geisteskranken überhaupt aus pro Mille:

Einf. Geistesstörg.			Paral. Geistesstörg.			Epilept. Geistesst.			Idiotie etc.		
Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit
6,5	14,2	3,0	4,1	11,1	2,9	5,6	11,7	3,5	14,4	21,6	11,5

während unter 1000 Einwohnern in Preußen mindestens 6,47 Abkömmlinge aus blutsverwandten Ehen vorhanden sein werden.

C. Geisteskranke, die Sprößlinge von Cousin und Cousine waren:

Einf. Geistesstörg.			Paral. Geistesstörg.			Epilept. Geistesst.			Idiotie etc.		
Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit
5,82	12,50	2,70	3,80	9,66	2,54	4,98	9,98	3,25	12,85	19,31	10,26

während auf 1000 Einwohner in Preußen mindestens 5,87 Abkömmlinge aus Ehen zwischen Geschwisterkindern vorhanden sein werden.

D. Geisteskranke aus Ehen zwischen Onkel und Tante:

Einf. Geistesstörg.			Paral. Geistesstörg.			Epilept. Geistesst.			Idiotie etc.		
Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit
0,64	1,58	0,22	0,35	1,48	0,11	0,64	1,67	0,29	1,58	2,12	1,57

während auf 1000 Einwohner in Preußen mindestens 0,49 Abkömmlinge aus Ehen zwischen Onkel und Nichte vorhanden sein werden.

Nimmt man bei C und D die für die Bevölkerung gefundenen Zahlen 5,87 resp. 0,49 = 100, so erhalten die einzelnen Zahlen von C und D folgenden Wert:

Für C:

Einf. Geistesstörg.			Paral. Geistesstörg.			Epilept. Geistesst.			Idiotie etc.		
Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit	Sa.	mit Erblichkeit	ohne Erblichkeit
99	213	46	65	165	43	85	170	55	219	329	175

Für D:

131	322	45	71	302	22	131	341	59	322	433	280
-----	-----	----	----	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	-----

Aus der Abteilung B geht hervor, daß die Kinder aus blutsverwandten Ehen bei Fehlen der Erblichkeit auf 1000 Kranke bei den ersten drei Formen 3,0 — 2,9 — 3,5 Fälle stellen, gegen 6,47 in der Bevölkerung. Die Blutsverwandtschaft ist also, bei abwesender erblicher Belastung, mehr ein Schutz gegen diese Formen von Geisteskrankheit. Anders verhält es sich bei der Idiotie, bei der sie auf 1000 11,5 Fälle stellt, nahe doppelt so viel, als die Blutsverwandtschaft in der Bevölkerung vertreten ist, und mehr als dreimal so viel als die drei ersten Formen. — Die Blutsverwandten mit erblicher Belastung haben für die drei ersten Formen 14,2 — 11,1 — 11,7 Fälle pro mille, bei Idiotie 21,6, also zum Teil fast doppelt so viel. Daß ihr Abstand von den Idioten ohne Erblichkeit nicht so groß ist (21,6 — 11,15), rührt von der hohen Ziffer der letzten her.

Die beiden Untergruppen haben ziemlich denselben Gang, besonders C, die Kinder von Geschwisterkindern. Eine Steigerung zeigt noch D, die Kinder von Onkel und Tante. Bei D ist der Abstand der Idiotie von den drei ersten Formen bei den nicht erblich Belasteten größer, bei den erblich Belasteten nicht ganz so groß als bei C (cf. besonders die beiden letzten Zeilen, wo die Zahlen zu 100 berechnet sind). Wahrscheinlich ist diese teilweise Unregelmäßigkeit von D durch die kleine Zahl bedingt.

Nach Vorstehendem ist anzunehmen, daß die Blutsverwandtschaft, wenn sie ohne erbliche Belastung ist, eine geringere Zahl von Geisteskrankheiten der Kinder stellt, als den Ehen mit Blutsverwandtschaft in der Bevölkerung entspricht. Dies gilt jedoch nur für die einfache Geistesstörung, die Paralyse und die Epilepsie. Für die Imbezillität und Idiotie verhält es sich dagegen entgegengesetzt. Hier stellt sie einen fast doppelt so hohen Satz, als dem Vorkommen von Sprößlingen aus Verwandtenehen in der Bevölkerung entspricht. — Bei erblicher Belastung bringt die Blutsverwandtschaft einen viel höheren Satz von geisteskranken

Kindern hervor, bei den drei ersten Formen eine 3—4 mal so hohe Ziffer, als bei nicht Belasteten. Bei der Idiotie ist die Verbindung von Blutsverwandschaft mit Erblichkeit noch verhängnisvoller. Statt 11,1 bis 14,2 in den drei ersten Formen stellt die Idiotie 21,6. (Daß bei gewissen Berechnungen dies Gewicht der Erblichkeit nicht so hervortritt, liegt an der Höhe der Ziffer für Blutsverwandschaft ohne Erblichkeit.)

Bei den Untergruppen der Blutsverwandschaft werden im allgemeinen die Zahlen um so höher, die Wirkung um so prägnanter, je näher die Verwandschaft ist, nämlich bei Onkel und Nichte höher, als bei Geschwisterkindern.

In diesem Verhalten der Sprößlinge aus blutsverwandten Ehen gegen die ohne solche, je nachdem Erblichkeit vorhanden ist oder nicht, bei allen Formen von Geisteskrankheit, liegen daher besondere Eigentümlichkeiten an sich für die Wirkungen der Blutsverwandschaft. Sie reichen daher zur Charakterisierung derselben aus, auch wenn ein Vergleich mit der Zahl der Nachkommen blutsverwandter Ehen in der Bevölkerung nicht zutreffend wäre.

Wichtig ist eine Bemerkung des Verf., um einer Überschätzung der Schädlichkeit der nahe blutsverwandten Ehen vorzubeugen. Unter den behandelten in den 14 Jahren in die preußischen Irren- und Idiotenanstalten aufgenommenen 16416 Imbezillen und Idioten waren 237 konsanguinen Ursprungs. Um die volle Zahl der in den 14 Jahren in der preußischen Bevölkerung vorgekommenen Idioten konsanguinen Ursprungs zu haben, muß man sie ergänzen durch die zu Hause gepflegten. Nun kamen aber im Jahre 1900 allein auf die 34,5 Millionen Einwohner mindestens 200 000 Kinder blutsverwandter Ehen.

Eine andere Abschätzung ist folgende: Von der Gesamtzahl der Geisteskranken stellen die aus blutsverwandten Ehen stammenden Geisteskranken 6,9 ‰. Die Idioten allein 1,53 ‰. Nimmt man nun etwa an, daß in Preußen durchschnittlich 1 Geisteskranker auf 200 Einwohner kommt, so würden auf 1 Million Einwohner 7,6 Idioten auf Sprößlinge blutsverwandter Ehen entfallen. — Verf. hebt ferner die Wichtigkeit der Untersuchungen über die Nachkommenschaft blutsverwandter Ehen hinsichtlich der Taubstummheit hervor, und erwähnt dabei, daß auf Bundesratsbeschluß fortan eine fortlaufende Statistik der Taubstummen im Deutschen Reich veranstaltet wird, gibt zugleich die Formulare hierfür etc. bekannt.

Ebenso wichtig sind diese Untersuchungen bei angeborener Blindheit. *Ludw. Hirsch* (Klin. Jahrbuch 8. Bd.) fand unter 340 Geburtsblinden 5 ‰, unter 50 Blinden mit Retinitis pigmentosa 18 ‰ aus blutsverwandter Ehe stammend.

An verschiedenen Stellen hebt Verf. die Wichtigkeit ähnlicher Untersuchungen über Blutsverwandschaft hinsichtlich guter Eigenschaften hervor, so bei Turnern, Ruderern, Eliteschülern, Schauspielern, Parlamentariern etc., ferner hinsichtlich Tuberkulose, Krebserkrankung etc.

45. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy für Schottland. 1903.

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1902.

Zunächst soll über eine wertvolle statistische Arbeit in demselben berichtet werden, nämlich über die Zahl der in Schottland vorhandenen Geisteskranken. Es sind für dieselben zwei Quellen benutzt, nämlich das Register des board of lunacy über Geisteskranke in Asylen und in Familienpflege, und besonders die gelegentlich der Volkszählung (Zensus) ermittelte Gesamtzahl der Geisteskranken in Schottland. Die Arbeit enthält eine Reihe von Tabellen, nach einer Reihe von Gesichtspunkten geordnet und kombiniert, und neue Resultate. Bei den früheren Irrenzählungen gelegentlich der Volkszählungen wurde nach Geisteskranken und Idioten (lunatic and imbecile) gefragt. Der Bericht gibt an, daß medizinisch die Bezeichnung imbecile auf Geisteskranke aus angeborenem Defekt oder aus Hemmung der geistigen Fähigkeiten in frühem Lebensalter angewendet werde. Da bei uns Idiotie der weitere Begriff ist, der die beiden Grade, Idiotie im engeren Sinne und Imbecillität unter sich faßt (bei *Ziehen* ist allerdings Imbecillität der weitere Begriff), so ist der Ausdruck imbecile hier mit Idiot wiedergegeben. Bei der Volkszählung ist jedoch nach dem Bericht unter Imbecillität nur einfach der leichtere Grad von Geisteskrankheit verstanden. Im Schema für die Volkszählung 1901 ist noch der Zusatz: oder schwachsinnig (feeble minded) gemacht worden. Bei dieser sind nun in ganz Schottland 20291 Geisteskranke ermittelt worden, 4829 mehr als 1891. Diese Steigerung ist höher, als bei frühern Volkszählungen, wahrscheinlich wegen jenes Zusatzes bei der Fragestellung. Unter 20 Jahren waren 1901 2024 Kranke, von 20—65 Jahre 15736, über 65 Jahre 2531 Kranke. Die Zunahme dieser drei Altersstufen gegen 1891 betrug je 35,1% — 29,0% — 43,6%, bei der letzten Stufe also am meisten, weil jener Zusatz die dementia sen. in höherem Grade herangezogen habe. Diese 1901 bei der Volkszählung ermittelte Zahl ist um 4816 Kranke höher als die dem board bekannte Ziffer. Diese Zensus-Ziffer 1901 ergibt auf 100000 Einwohner des betreffenden Alters im ganzen 453,7 Geisteskranke, unter 20 Jahre 103,7, von 20—65 Jahre 682,8, über 65 Jahre 1169,3.

Es folgt dann die Angabe über die Verteilung der Geisteskranken nach den einzelnen Grafschaften, und zwar nach den Resultaten der Volkszählung, und nach den dem board bekannten Zahlen, für beide gleichmäßig am 31. März 1901. Nach dem board kamen auf 100000 Einwohner 363 Geisteskranke, bei der Volkszählung wurden außerdem ermittelt 91 auf 100000 Einwohner, so daß die Gesamtzahl 454 war.

Die Verhältniszahl der Geisteskranken in den einzelnen Grafschaften, je nach dem Register des board für arme Geisteskranke und den Volkszählungsergebnissen, hat manches Übereinstimmende, doch auch kleinere und größere Abweichungen. Die Zensus-Angaben scheinen dem wirklichen Sachverhalt mehr zu entsprechen, da sie zu einer Gruppierung der Grafschaften führen, die den Verschiedenheiten der Lebensbedingungen und der sozialen

Verhältnisse entsprechen. Die meisten Geisteskranken, berechnet zur Bevölkerung, liefert die Hochland- und Inselregion, die hauptsächlich landwirtschaftlich und nicht industriell ist. Die verhältnismäßig wenigsten Geisteskranken zeigt die Region des zentralen Schottland, welche hauptsächlich einen städtischen und industriellen Charakter hat, und in den Städten sowie auch den zugehörigen landwirtschaftlichen Bezirken die beste Arbeitsgelegenheit bietet. Aus der I. Gruppe wandern viele aus, keine ein. In die II. Gruppe wandern viele ein, wenige aus. — Die III. Gruppe liegt zwischen den beiden ersten. Sie hat sehr entwickelte landwirtschaftliche, z. T. auch große Industriezentren. Die Beteiligung an Geisteskranken steht bei dieser III. Gruppe zwischen den beiden ersten Gruppen. Die genauere Untersuchung läßt sich am besten zwischen den beiden ersten Gruppen ausführen, weil sie die größten Gegensätze bieten.

Die I. Gruppe (Hochland- und Inselgrafschaften) umfaßt von den im ganzen 33 Grafschaften 8 mit 842—675 Geisteskranken auf 100 000 Einwohner, die II. Gruppe (zentrale Grafsch.) umfaßt fünf Grafschaften mit 368 bis 291 Geisteskranken.

Daher scheint es, als ob in den Bezirken mit der größten Mühsal, Anstrengung und Aufregung, mit wahrscheinlich großen alkoholistischen und andern Exzessen (Gruppe II) eine geringere Anzahl von Geisteskranken vorkomme, als in Gruppe I mit entgegengesetzten sozialen Bedingungen. Die, welche an die Nachteile von Heiraten in engem Kreise glauben, könnten hier die Bestätigung ihrer Ansichten finden.

Weitere, auf Zahlen gegründete Erwägungen lassen jedoch diese Schlüsse als ungerechtfertigt erscheinen.

In Übereinstimmung mit den obigen Bemerkungen haben die acht Grafschaften der I. Gruppe (Hochland- und Inselregion) vom Jahre 1871—1901 durch Auswanderung eine Bevölkerungsabnahme erfahren von 20,5—42,5%, während die fünf Grafschaften der II. Gruppe (zentrale Region) durch Einwanderung und natürlichen Geburtsüberschuß eine Bevölkerungszunahme von 24,0—93,5% erfahren haben. Die Auswanderer der I. Gruppe werden nun die Idioten und andere minderwertige Produkte der Bevölkerung zurückgelassen haben, so daß die jetzt gezählten Geisteskranken der I. Gruppe einer größeren Bevölkerungszahl entsprechen, als der gegenwärtig in ihr vorhandenen, während diese in der II. Gruppe fehlen.

Weiter erheben sich die Fragen: Welches ist das Verhältnis zwischen der erworbenen Geistesstörung und der Idiotie 1. beim Bestand und 2. bei den neu entstehenden Krankheitsfällen (resp. bei der Idiotie bei den zur Kenntnis gelangenden)? Diese Fragen können nur teilweise und unvollkommen beantwortet werden. Auf das Verhältnis der frischen Erkrankungen in den einzelnen Gruppen von Grafschaften läßt sich bei dem vorhandenen Material nur schließen aus den Zahlen der Aufnahmen von Armen in die Asyle. Über diese ist (jedoch ohne Unterscheidung von erworbener Geistesstörung und Idiotie) früher über 20 Jahre bis 1898 berichtet worden. Die Benutzung

dieser Aufnahmeziffern erfordert jedoch besondere Kritik. Es haben nämlich die Grafschaften der Gruppe I in den letzten Jahren sich der Gruppe II gradweise genähert, indem sie mehr Kranke in die Asyle einliefern als früher. Im vorjährigen Bericht ist ausgeführt, daß bez. Lewes etc. (der I. Gruppe angehörig) anzunehmen ist, daß alte angesammelte Fälle von erworbener Geisteskrankheit und Idiotie, die etwa mehr störend werden, in den letzten Jahren in die Asyle eingeliefert sind, so daß diese Zahlen keine Auskunft über die Ziffer der frisch entstandenen Fälle geben. Auf der andern Seite kommen in Grafschaften der II. Gruppe (typisches Beispiel Lanark) ebenso viele Aufnahmen vor, als in den Hochland- etc. Distrikten der I. Gruppe, ohne daß man deswegen auf eine entsprechend hohe Anhäufung im Bestande schließen dürfe. Hier kommen nämlich viele schnell genesende Fälle bei Alkoholisten vor, sowie eine große Anzahl schnell tödlich verlaufender Fälle.

Da demnach der geringere Bestand der II. Gruppe an Geisteskrankheiten gegenüber der I. Gruppe nicht erklärt werden kann aus einer geringern Zahl frischer Fälle erworbener Geisteskrankheit, so fragt es sich: Kommt in der II. Gruppe die Idiotie seltener vor, und wie stellt sich der proportionale Bestand an Idiotie in beiden Gruppen, ist vielleicht die Differenz der Zahl der Geisteskranken in beiden Gruppen aus der Differenz in der Zahl der Idioten zu erklären?

Im Register des board befinden sich Angaben über die Altersstufen der Kranken. Danach war am 1. Jan. 1901 bei den unter 20jährigen 128 Geisteskranken, die in Familienpflege untergebracht waren, einer, der an erworbener Geisteskrankheit litt. In den Asylen befanden sich am 31. März 1901 unter 20 Jahren 107 Fälle von erworbener Geisteskrankheit und 492 Idioten. In derselben Weise sind die unter 20jährigen in Idiotenanstalten festgestellt. Weiter hat der letzte Zensus zum ersten Mal das Material geliefert für die Verteilung der Geisteskranken (ohne Unterschied zwischen Idiotie und erworbener Geisteskrankheit) nach den Altersstufen. Natürlich ist die Rubrik bis zu fünf Jahren leer, und zählt von fünf bis zehn Jahre nur wenige Fälle. Nach dem zehnten Jahre läßt sich ein ausgesprochener geistiger Defekt nicht leicht übersehen. Die Zahl der so ermittelten unter 20jährigen Geisteskranken, so weit sie dem board unbekannt war, beträgt 1392. Da der board unter den ihm bekannten 128 Fällen von Geisteskrankheit unter 20 Jahren in Privatpflege nur einen Fall von erworbener Geisteskrankheit fand, und da anzunehmen sei, daß die meisten Fälle von erworbener akuter Geistesstörung unter denselben zu den Asylkranken gehören, so wird angenommen, daß jene 1392 Fälle für statistische Zwecke der Idiotie angehören.

Hiernach ist in Tabelle VII die Zahl der unter 20jährigen Idioten der einzelnen Grafschaften festgestellt, in einer zweiten Kolonne die Zahl der unter 15jährigen Einwohner jeder Grafschaft. Die Altersstufe von 15 bis 20 Jahren ist deshalb außer Acht gelassen, weil in den letzten Jahren dieser Periode schon viele Aus- resp. Einwanderungen für die einzelnen Grafschaften erfolgen und dadurch die Bevölkerungsanteile, aus denen die Idioten

erwachsen, verändert werden. Die dritte Kolonne gibt dann an, wie viele unter 20jährige Idioten auf 1000 unter 15jährige Einwohner jeder Grafschaft tatsächlich kommen.

Nach Tabelle VII kommen auf 1000 Einwohner unter 15 Jahren in ganz Schottland 1,35 Idioten unter 20 Jahren. Teilt man die 33 nach dem Grade ihrer Beteiligung untereinander gestellten Grafschaften durch eine horizontale Linie in zwei Hälften, so umfaßt die obere Hälfte 17 Grafschaften mit 2,90 bis 1,57 Idioten auf 1000 Einwohner, die untere 16 Grafschaften von 1,56 bis 0,70 Idioten auf 1000 Einwohner.

Beim Vergleich der Tabelle VII, welche die Beteiligung der Grafschaften an Idiotie aufweist, mit der Tabelle V, welche die Beteiligung derselben an Geisteskrankheiten überhaupt enthält, zeigt, daß in beiden Tabellen zwölf Grafschaften gleicherweise in der obern Hälfte stehen und ebenso je zwölf Grafschaften gleicherweise in der untern Hälfte. Dagegen sind in Tabelle VII fünf Grafschaften in der oberen Hälfte, die sich in Tabelle V in der unteren finden, und umgekehrt finden sich in Tabelle VII vier Grafschaften in der untern Hälfte, die in Tabelle V in der obern sind. Am auffallendsten ist dies bei der Grafschaft Argill, die in Tabelle VII die 19. Stelle einnimmt, in Tabelle V die erste. Sie gehört zu den Hochlandgrafschaften, teilt den Charakter der andern Hochlandgrafschaften, und man sollte daher denselben hohen Bestand an Idiotie wie bei diesen vermuten. Dagegen zeigt sich ein der allgemeinen Regel entsprechender hoher Grad von Übereinstimmung in der untersten Hälfte beider Tabellen. In Tabelle VII nehmen acht stark bevölkerte Grafschaften von Zentralschottland, also der Gruppe II angehörig, die No. 22, 25—33 ein, welche in Tabelle V die No. 24, 27—33 haben. (Hier sind also zu den frühern fünf Grafschaften der Zentralregion (Gruppe II) noch drei hinzugekommen, darunter Edinburg.) Hiernach findet eine große Übereinstimmung zwischen Tabelle V und VII statt, und es ist der Schluß erlaubt, daß die Beteiligung der Grafschaften an Geisteskranken überhaupt zum großen Teil durch ihre Beteiligung an Idioten bedingt ist. Wo die Übereinstimmung sich nicht findet, sind vielleicht die Zahlen zu klein, da nur Zahlen für ein Jahr vorliegen. Für die II. Gruppe (zentrale Grafschaften) ist wahrscheinlich, daß, wenn sie auch eine ebenso hohe Zahl erworbener Geisteskrankheiten hervorbrächten als die I. Gruppe (Hochland- und Inselgrafschaften), doch die Zahl der Genesungen und der Sterbefälle bei ihr größer ist, als bei der I. Gruppe, und daher die Fälle erworbener Geisteskrankheit sich nicht so anhäufen.

Im wesentlichen würde demnach der hohe Stand an Geisteskrankheiten im allgemeinen in der I. Gruppe durch ihren hohen Stand an Idiotie bedingt sein. Eine teilweise Erklärung des letzteren wurde früher in den Aus- resp. Einwanderungsverhältnissen gegeben.

Es ist jedoch hervorzuheben, daß die volkreichen zentralen Grafschaften (Gruppe II) auch eine hohe Geburtsziffer haben, und daß, wenn ihre eignen Kinder dieselbe Disposition zur Idiotie (bei großen Zahlen) haben, wie in

den nördlichen Grafschaften (Gruppe I), die Gegensätze nicht so groß sein könnten, wie sie tatsächlich vorliegen. So hat unter 1000 Einwohnern unter 15 Jahren Sutherland (I. Gruppe) 2,90 Idioten unter 20 Jahren, Dumbarton und Stirling (II. Gruppe) je 0,86 und 0,70 Idioten. — Sind vielleicht die Bewohner der zentralen Grafschaften gesunder, leben unter besseren physischen und sozialen Verhältnissen und produzieren gesündere Kinder? Die Antwort ist, daß die Produktion von körperlich und geistig schwächlichen Kindern in beiden Gruppen wahrscheinlich dieselbe ist, und daß der Unterschied an zu einem bestimmten Datum vorhandenen Idioten zu einem großen, wenn auch nicht genau zu bestimmenden Teil durch die verschiedene Sterblichkeit der Kinder in beiden Gruppen veranlaßt wird.

Zur Klarstellung dieser Frage ordnet der Bericht in Tabelle VIII die einzelnen Grafschaften nach der Sterblichkeit der unter 10jährigen auf 1000 der unter 10jährigen Bevölkerung und stellt daneben die Beteiligung der Bevölkerung an Idioten unter 20 Jahren nach Tabelle VII. Die Sterblichkeit dieser Altersstufe von ganz Schottland beträgt 27,9‰. Obenan steht Shetland (I. Gruppe) mit 11,1‰, die größte Ziffer stellt Lanark (II. Gruppe) mit 37,5‰. Weiter sind dann beide Kolonnen durch eine gemeinsame horizontale Linie unter No. 17 in zwei Hälften geteilt, so daß die obere Hälfte einerseits die geringere Sterblichkeit und andererseits den größeren Satz an Idiotie enthält (entgegengesetzt die untere). Die größere Sterblichkeit würde natürlich vorzugsweise die an Widerstandsfähigkeit Schwächsten, darunter auch die Idioten, treffen. Demnach müßte die obere Hälfte in beiden Kolonnen im ganzen dieselben Grafschaften umfassen, und ebenso die untere.

Tatsächlich hat die obere Hälfte unter 17 Grafschaften, mit einer Bevölkerung von 694 669 Einwohnern, elf Grafschaften mit einer Bevölkerung von 452 865 Einwohnern, welche zugleich einen hohen Satz für Idiotie und eine geringere Sterblichkeit haben. Auf der andern Seite haben von 16 Grafschaften mit einer Gesamtbevölkerung von 3 777 434 Einwohnern, zehn Grafschaften mit einer Bevölkerung von 3 195 144 Einwohnern den geringsten Satz für Idiotie unter 20 Jahren, und zugleich den höchsten Satz der Sterblichkeit bei den unter 10jährigen. — Von den Zentralgrafschaften (Gruppe II) haben fünf den geringsten Satz für Idiotie und die höchste Sterbeziffer. Sie finden sich beiderseits in den Nummern 25—33. Die Sterbeziffer der ganzen Gruppe II ist 37,4‰ Sterblichkeit, während die der I. Gruppe (Hochland- und Inselregion) 17,6‰ beträgt bei dem höchsten Satz von Idiotie. Stellt man die markiertesten Grafschaften je aus Gruppe I und II einander gegenüber, so hat Shetland (I. Gruppe) die geringste Sterbeziffer von 11,1‰ und an Idiotie einen Satz von 2,37‰, Lanark (II. Gruppe) die höchste Sterblichkeit von 37,5‰ und an Idiotie 1,25‰.

Eine Reihe von Grafschaften macht jedoch eine Ausnahme von dieser Regel. Sechs Grafschaften stehen in der Kolonne der Idiotie in der oberen Hälfte (hoher Satz von Idioten) und in der Kolonne der Sterblichkeit in der unteren (große Sterblichkeit). Ferner stehen auch sechs Grafschaften in der

Kolonne der Idiotie in der untern Hälfte (geringer Satz von Idioten), und in der Kolonne der Sterblichkeit in der obern Hälfte (geringe Sterblichkeit). Weitere Erläuterungen des Berichts geben von dieser Ausnahme von der allgemeinen Regel keine hinreichende Erklärung.

Die verhältnismäßig geringere Zahl von Geisteskrankheiten überhaupt in den städtischen und industriellen Gebieten im Vergleich mit den ländlichen rührt daher nicht von einer geringeren Produktion von Geisteskranken her. Sie erklärt sich aus den Verhältnissen der Ein- resp. Auswanderung, einer größeren Sterblichkeit der erwachsenen Geisteskranken und einer geringeren Zahl von Idioten. Letztere ist durch eine weit größere Sterblichkeit der städtischen und industriellen Gebiete in den ersten Lebensjahren bedingt.

Welche Bedeutung diesen mächtigen Einflüssen gegenüber bei den Hochland- und Inselgrafschaften die Heiraten in einem beschränkten Kreise unter einer teilweise etwas degenerierten Bevölkerung auf Hervorbringung der Idiotie etwa noch haben, muß weiter durch spezielle Untersuchungen nachgewiesen werden.

Im übrigen ist über den Inhalt des Jahresberichts folgendes zu bemerken:

Am 1. Januar 1903 betrug die Zahl der registrierten Geisteskranken 16658 (7994 M., 8664 Fr.). Von diesen waren in königl. Asylⁿ 4286, Distriktsasylⁿ 7373, Privatasylⁿ 125, Gemeindeasylⁿ 502, Irrenabteilungen der Armenhäuser 1153, Familienpflege 2771 (1115 M., 1656 Fr.), Irrenabteilung des allgemeinen Gefängnisses 51 (42 M., 9 Fr.), Idiotenanstalten 397 (260 M., 137 Fr.). Die Zahl der Privatkanke betrug 2416, der Armen 14191. — Die Zunahme des Bestandes gegen das Vorjahr betrug 370.

Von den Geisteskranken unter Jurisdiktion des Board wurden am 1. Januar 1903 verpflegt auf 100000 Einwohner 358 (im vorigen Jahr 353), und zwar Privatkanke 50, Arme 308. Der Anteil der verpflegten geisteskranken Armen an der Gesamtzahl der Armen betrug 21,30%.

Aufgenommen (in die Liste der Kommission. registriert) wurden im Jahre 1902: 3660, zum erstenmal registriert dagegen 2845 (im Jahre vorher 2688). Diese letztere Zahl macht auf 100000 Einwohner 62,8 (im vorigen Jahr 59,9).

Die Zahl der Versetzungen von einer Anstalt in eine andere betrug 537. Die Zahl der freiwilligen Aufnahmen war 79 (der Durchschnitt der letzten zehn Jahre betrug 83).

Berechnet zu den Aufnahmen genasen in den königlichen und Distriktsasylⁿ 40%, Privatasylⁿ 47%, Gemeindeasylⁿ 44%, Irrenbehandlung der Armenhäuser 40%.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum durchschnittlichen Bestand, betrug im Jahre 1902: 9,1%, und zwar in den eben genannten Anstalten der Reihe nach 9,5, 11,9, 9,9, 4,3%. Von der Gesamtzahl der Todesfälle fanden statt im ersten Jahr nach der Aufnahme bei den Männern 41,6%, Frauen 42,2%. An Krankheiten des Nervensystems starben 37,4 von allen Todesfällen, darunter an Paralyse 14,6% (M. 23,6, Fr. 5,7); an Phthisis 14,1%, an Selbstmord und Unglücksfällen 0,7%.

Die Gesamtzahl der im Jahre 1902 berichteten Zufälle betrug 199, von denen 7 (nach Tab. X: 8) tödlich verliefen. 3 von diesen waren Selbstmorde. 8 Selbstmordversuche kamen vor. Von den 4 Todesfällen durch Zufall entstand 1 durch Verbrennen, indem der Kranke sich auf ein heißes Wasserrohr setzte, 1 durch innere Verletzungen, vermutlich durch einen Kampf mit einem Wärter. Die Untersuchung führte zu keinem Resultat.

Außerdem kamen noch 64 Knochenbrüche und Verrenkungen, 37 Kopfverletzungen vor. Die Ursache waren in 32 Fällen Kämpfe mit Mitkranken oder Wärtern oder Angriff der Mitkranken.

Von den Mitteilungen über die einzelnen Anstalten mag einiges angeführt werden.

Für das Crichton Royal Asylum Dumfries sind die Pläne für die Herstellung eines besonderen Hospitals für die Isolierung und Behandlung Schwindsüchtiger in den akuten Stadien gebilligt. Zwei neue Häuser für körperlich Kranke, eins für männliche und eins für weibliche Arme nähern sich der Vollendung. Sechs neue Häuser für verheiratete Wärter sind im Bau begriffen. Ein neuer Speisesaal soll unmittelbar über der Küche errichtet werden. Aus den Fonds der Anstalt werden zur Verpflegung der Privatkranken jährlich 30000 M. bezahlt, während der Verpflegungssatz für Privatkranken aus den südlichen Grafschaften jährlich 480 M. beträgt. (Der Bestand am 1. Januar 1903 betrug an Privatkranken 435, an armen Kranken 309.) Die Verteilung der Kranken in kleine Gruppen über das Areal wird gelobt.

Im Dundee Royal Asylum wurde ein Arzt von einem männlichen Kranken mit einem Messer an der Brust verletzt. Ein voraussichtlich schweres Unglück wurde dadurch verhütet, daß die Spitze des Messers durch eine Rippe abgelenkt wurde. Der Kranke war vom Gericht dem allgemeinen Gefängnis für Geistesranke zu Perth als gefährlicher Geisteskranker übergeben worden. — Seit Jahren wurde hier kein Kranker irgend einer Form des Zwanges oder der Absonderung unterworfen.

Im Royal Edinburgh Asylum waren 142 Kranke über die normale Belegungszahl hinaus vorhanden (der Bestand betrug 358 Privatkranken und 575 Arme). Damit wird der Ausbruch einer Dysenterie auf der weiblichen Seite in Verbindung gebracht, an der 22 erkrankten und 3 starben.

Das Glasgow District Asylum Gartloch ist überfüllt. Der Bestand betrug 622 arme Kranke. Dem wird abgeholfen durch ein Haus für Schwindsüchtige, das sich der Vollendung nähert, und durch eine Villa für männliche Landarbeiter. Ein Nachwärter war vorhanden auf der männlichen Seite für 45 Kranke, auf der weiblichen Seite für 34 Kranke. Diese verstärkte Nachaufsicht soll eine Verbesserung in den Gewohnheiten, dem Benehmen und dem geistigen Wohlbefinden der Kranken herbeigeführt haben. Die Bettbehandlung in dem Hospital ist erweitert worden durch Herstellung von zwei Abteilungen, jede von 21 Betten, für gebrechliche und senile Kranke. Die ursprünglichen Räume für körperlich Kranke sind dann hergerichtet für Bettbehandlung akuter Fälle von Geisteskrankheit und körperlicher Krankheiten.

Das Glasgow District Asylum Woodilee (Bestand 898 arme Kranke) erfährt Abhülfe seiner Überfüllung durch Eröffnung eines neuen Hospitals für Schwindsüchtige, eines Hauses mit 20 Betten für Aufnahmen und die Errichtung eines neuen Hauses für Pflegerinnen. Die ganze Hospitalabteilung des Asyls für Männer ist unter Aufsicht einer im Krankenhausdienste ausgebildeten Pflegerin, unterstützt von neun Wärterinnen.

Eine ausgebildete Pflegerin führt auch die Aufsicht über die weibliche Hospitalabteilung.

Das Stirling District Asylum Larbert hatte am 1. Januar 1903 einen Bestand von 36 Privatkanen und 658 Armen, darunter 370 Männer und 324 Frauen. Wie im vorigen Bericht hervorgehoben, ist hier die weibliche Pflege auch auf den Abteilungen für Männer sehr ausgedehnt. Eine große Rolle spielen hier die in Krankenhäusern ausgebildeten Pflegerinnen (trained hospital nurses), die gelegentlich auch als matron bezeichnet werden. Als solche werden angeführt 1. eine Nachtaufseherin zur Kontrolle der Nachtwachen, auf der männlichen und weiblichen Seite. 2. Hilfsaufseherinnen (Assistant matrones [8]), welche jede Abteilung des Asyls, mit Ausnahme der für chronische Kranke, welche arbeiten, praktisch kontrollieren und überwachen. 3. Eine lady matron, zur Aufsicht auf der männlichen Seite des Asyls. — Außerdem sind noch Wärterinnen auf der männlichen Seite angestellt. Von einer Gesamtzahl von 43 Wärtern waren 19 Frauen. — Im Ganzen kam ein Nachtwärter auf 34 Kranke.

In der Anstalt wurden keine Einzelräume benutzt weder bei Tage noch bei Nacht für die Absonderung (seclusion = Separierung. Mercklin) lärmender, unruhiger, störender Kranker. Keine Form von Zwang oder Absonderung fand statt. — (Weitere Mitteilungen über weibliche Krankenpflege in schottischen Anstalten finden sich in dieser Zeitschrift, Bd. 60, S. 252* u. 253*.)

Über die Einführung so radikaler Änderungen fanden sich verschiedene Meinungen. Der Board of lunacy, der den einzelnen Asylen Freiheit in ihren Reformen läßt, verhält sich beobachtend und abwartend. Einige Kritiken aus Vorurteil oder mangelnder Erfahrung sind durch die unzweifelhaften Erfolge entwaffnet worden.

Bezüglich der Gemeindeasyle (= Irrenabteilungen der Armenhäuser mit unbeschränkter Lizenz) wird von dem zu Greenick berichtet, daß in einem Jahr 82mal Beschränkung und Absonderung stattfand, aber fast alle diese Eintragungen beziehen sich auf eine kurze Beschränkung der Hände bei einer Frau mit impulsiven Anfällen auf Wärterinnen und Kranke. Die Verhältnisse der Anstalt und der Kranken seien befriedigend. Es kommt hier eine Wärterin auf 14 Kranke (die Anstalt enthält 121 männliche und 115 weibliche Arme). Dies sei zu wenig. Der Unterricht der Wärter und Wärterinnen durch Unterricht und Demonstrationen findet regelmäßig statt. Für die, welche die Prüfung vor der Mediko-Psychol. Gesellschaft bestehen, gibt das Komitee eine jährliche Zulage von 40 M.

Am 1. Januar 1903 waren in Familienpflege 129 Privatranke und 2642 Arme. Von letzteren waren bei Verwandten untergebracht 987, bei andern 1655. Im Verlaufe des Jahres wurden 267 Kranke auf die Rolle der armen Kranken in Privatwohnungen (Familienpflege) gesetzt, von denen 106 sich vorher schon in Familienpflege befanden, 161 aus Asylen hierhin versetzt wurden. Von der Gesamtzahl der Kranken in Privatpflege genasen im Verlaufe des Jahres 23, 16 wurden von ihren Verwandten von der Armenrolle entfernt, 112 in Asyle versetzt, und 105 starben = 4% vom Bestande.

Die Zahl der armen Geisteskranken in Familienpflege betrug 1881:1516. 1886:2058, 1891:2489, hielt sich dann von 1896 bis 1900 auf ca. 2700 und blieb dann namhaft geringer zwischen 2631 und 2669. Der Stillstand in der Zunahme seit 1896 resp. der spätere Rückgang sei wohl dadurch zu erklären, daß das geeignete Material im Lande erschöpft sei. In den Asylen seien allerdings noch manche für Familienpflege Geeignete. Insoweit die Zunahme der Aufnahmen jedoch aus transitorischen Anfällen akuter Geistesstörung, oder aus durch Alter und Krankheit Zusammengebrochenen bestehe, sei dies kein Material für Familienpflege.

Drei unglückliche Zwischenfälle kamen vor: 1. Ein geisteskranker Fischer, der für harmlos gehalten wurde, soll seinen Pfleger, der sein Cousin war, getötet haben. — 2. Eine 73jährige Frau, die mit einem Neffen zusammen wohnte, schnitt sich den Hals ab. — 3. Ein Angriff mit verbrecherischer Absicht soll auf eine Frau in den mittleren Jahren von dem Sohn des abwesenden Pflegers gemacht sein.

Verf. bespricht dann weiter die Zahl der ungenesen Entlassenen und die Bedeutung dieser Zahl für die Ausgleichung des Bestandes. In den zehn Jahren von 1892 bis 1901 wurden aus den Asylen (im Gegensatz zu den Irrenabteilungen der Armenhäuser mit beschränkter Lizenz) 4,3% des durchschnittlichen Bestandes (dieser Bestand betrug 9013,3) entlassen und zwar ungenesen nach Hause 2,6%, in die Familienpflege 1,7%. Aus den Irrenabteilungen der Armenhäuser wurden vom Bestand (= 1046,1) durchschnittlich 5,1% entlassen, und zwar in die Heimat 1,4%, in Familienpflege 3,7%. Das Überwiegen der Entlassung in Familienpflege bei letzteren rührt daher, daß die Asyle vielfach in die zugehörigen Armenhäuser Kranke einliefern, als Vorstufe für die spätere Familienpflege.

Die Zahl der ungenesen Entlassenen schwankt sehr, in den Asylen von 10,1% des durchschnittlichen Bestandes bis 1,6, und zwar bei den in die Heimat Entlassenen von 6,1% bis 1,2%, bei den in Familienpflege Gegebenen von 4,0% bis 0,4%. Die beiden Reihen gehen nicht parallel. Die Verf. meinen nun, in manchen Asylen seien viele Kranke, die für die Familienpflege geeignet seien. Es bedürfe nur eines energischen Zusammenwirkens der Asyl- und Gemeindebehörden. Besonders werden jedoch die Vorteile der Entlassung in die Gemeinde direkt hervorgehoben. Es werden für den Kranken durch die Entlassung oft günstige Bedingungen hergestellt, veränderte Umgebung, die Verhältnisse des gesunden Lebens, entsprechende Beschäftigung.

welche oft die Genesung anbahnen. Sehr betont wird die Ersparung der Kosten durch die Entlassung Ungenesener in die Heimat, indem die Summe für die wenn auch billigere Familienpflege erspart, ferner die Kosten für Neu- und Erweiterungsbauten der Asyle vermieden werden.

**Der 56. Bericht der Commissioners in Lunacy (England) Juni 1902.
The Journal of ment. science. Januar 1903.**

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1901. — Die Lage und Verwaltung der Grafschafts- und städtischen Asyle wird als sehr befriedigend bezeichnet. Die Beköstigung der Kranken, besonders die Art der Bedienung bei den Mahlzeiten, ist der Hauptpunkt, in dem Verbesserung gewöhnlich gewünscht wird. — In sieben Asylen wurden ausnahmslos Sektionen der Gestorbenen gemacht, in anderen konnte dies nicht erreicht werden, wegen Einspruchs der Angehörigen. Es wird ein autoritativer Ausspruch darüber gewünscht, ob dieser Einspruch gesetzlich haltbar ist. Nach den Berichten hat die Sterblichkeit an Colitis, Enteritis und Diarrhoe zugenommen. Im Vergleich zu 1892 und 1891 hat sich die Proportion der „dysenterischen“ Todesfälle zu allen Todesfällen mehr als verdoppelt, sowohl in Berechnung zu allen Asylen, als zu denen, in denen dysenterische Todesfälle berichtet werden.

Die Tuberkulose lieferte in den Grafschafts- und städtischen Asylen 1215 Todesfälle = 15,8 % von der Gesamtsumme der Todesfälle. Es sei hier, wie bei der Dysenterie, nicht klar, ob nur eine oder mehrere Todesursachen bei jedem Einzelfall angegeben seien.

Bei den eingeschriebenen Hospitälern wird wieder bedauert, daß nicht mehr Plätze geschaffen werden für gebildete Personen mit geringen Mitteln, die auf öffentliche Wohltätigkeit angewiesen sind. Am 1. Januar 1902 waren deren 14 Kranke vorhanden bei 2535 Kranken im ganzen und 87 freiwilligen Pfleglingen.

Am 1. Januar 1902 hatte der Board offizielle Kenntnis von 110713 Geisteskranken, von denen 45,5 % Männer waren. Im Jahre 1869 am 1. Januar wurden 53177 Geisteskranke verpflegt, so daß seitdem ihre Zahl sich mehr als verdoppelt hat. 1859 wurden 36762 Geisteskranke verpflegt. Von 1859 bis 1869 fand durchschnittlich eine jährliche Zunahme statt von 4,4 %, von 1869—1879 von 3,1 %, von 1879—1889 von 2 %, vom 1. Januar 1893 bis 1. Januar 1902 von 2,6 %. Die Zahlen betragen für die letzten drei Jahre: 1,4, 1,2, 2,6 %. Bemängelt wird, daß diese Zahlen sich nur auf die Feststellung an einem bestimmten Tage beziehen, nicht auf den täglichen Durchschnitt.

Auf 10000 Einwohner wurden 33,5 Geisteskranke verpflegt, gegen 18,67 am 1. Januar 1859. In anderer Ausdrucksweise kam 1 Geisteskranker im Jahre 1901 auf 298 Einwohner, gegen 536 im Jahre 1859.

Die Zunahme in der Verhältniszahl fand fast gänzlich unter den Armen statt, während das Verhältnis bei den Privattranken fast stationär blieb. Es sind vielleicht mehr Kranke der besseren Klassen in Privatpflege ohne Kenntnis des Board.

Wenn man von der Zahl der Aufnahmen, die Versetzungen und die Wiederaufnahmen infolge erloschener Aufnahmegenehmigung abzieht, so kamen auf 10000 Einwohner 6,4 im Jahre 1901 aufgenommene Geisteskranke, 10 Jahre vorher 5,83, im Jahre 1869 4,71. — Daß diese zunehmende Ziffer eine Zunahme der Geisteskranken in der Bevölkerung bedeute, könne nicht behauptet werden. Wenn z. B. die Zahl der unter 15jährigen, welche wenig Geisteskranke stellen, in der Bevölkerung abnehme, oder wenn auf der anderen Seite die Zahl der Bejahrten mit ihren senilen Geistesstörungen zunehme, so könne jene Zahl zunehmen, ohne den Schluß der Zunahme der Geisteskranken in der Bevölkerung zuzulassen. Es könnten auch, speziell die letzteren Fälle, mehr in die Anstalten geschickt werden, während sie früher zu Hause verpflegt wurden. In der Tat wird von den Anstaltsdirektoren über die unverhältnismäßige Zunahme dieser Fälle geklagt.

Demnach drängt sich eine Berechnung nach den Altersstufen auf. Eine solche liegt (Tab. 20) nach zwei fünfjährigen Perioden vor, für 1893—1897 und für 1896—1900. Das Verhältnis zur Bevölkerung zeigt nun unter 15 Jahren und von 15 bis 19 Gleichheit beider Perioden, von 20 bis 24 und von 25 bis 34 zeigt sich eine Zunahme des Verhältnissatzes von 0,1, für die Zeit von 1896—1900. Auf den Stufen von 35 bis 44, 45 bis 54, 55 bis 64 und über 64 ergibt sich für 1896—1900 eine Zunahme von je 0,6 bis 0,8 bis 0,9 und 1,1. Also mit zunehmendem Alter wird die Zunahme der Aufnahmen zunehmend größer, am meisten im Greisenalter über 65 Jahren. Aus den Zahlen geht natürlich nicht hervor, ob die Geisteskranken in der Bevölkerung wirklich zunehmen, oder ob die Zahl der für anstaltsbedürftig Gehaltenen in obigem Sinne verbreitert ist.

Hervorzuheben ist noch das Anwachsen der Stufen von 35 bis 44 und von 45 bis 54 Jahren. Es fragt sich, ob man dies Anschwellen auf den härteren Kampf ums Dasein, auf gesteigerte Anstrengungen zurückführen kann. Es ist ja auch von einigen Schriftstellern das Anwachsen der Paralyse in der neueren Zeit hervorgehoben, für welche Form jene zwei Jahrzehnte mehr als doppelt so viel Krankheitsfälle stellen, als die übrigen Altersstufen zusammen genommen. Man kann jedoch jenen gesteigerten Kampf ums Dasein als Ursache des Anschwellens von 35 bis 54 Jahren ausschließen, da dann vorzugsweise das männliche Geschlecht beteiligt sein müßte, während das Gegenteil der Fall ist.

Die Zahl der wiederholten Aufnahmen ist in den obigen Daten nicht ausgeschieden. Die Berechnung nach den ersten Aufnahmen würde richtiger sein.

Nur nach den ersten Aufnahmen berechnet, kamen 1901 auf 10000 Einwohner 5,31 Aufnahmen gegen 6,4 für alle Aufnahmen.

Die Zahl der Genesungen betrug 37,27 % von den Aufnahmen. Verf. betont mit Recht, daß die Berechnung nach der Summe der Behandelten oder der nach durchschnittlichem Bestande keine Verwertung habe. Es stammten allerdings ein Teil der Aufnahmen aus dem Jahre vorher, und von den 1901 Aufgenommenen genas ein Teil erst im Jahre 1902 und später. (Wenn man jedoch die Aufnahmen und Genesungen von einer Reihe von Jahren addiert, die Versetzungen von einer anderen Anstalt fortläßt und die wiederholt, genesen oder ungenesen, Aufgenommenen besonders berücksichtigt, so hat man auch materiell richtige Resultate, auch bezüglich der Sammelresultate eines Landes. Ref.)

Die Sterblichkeitsziffer betrug 9,77 % vom durchschnittlichen Bestande, 0,37 % weniger als im vorhergehenden Jahre. In den letzten 30 Jahren hat sich die Sterblichkeitsziffer namhaft vermindert, nach der Meinung der Kommission wegen besserer Ernährung und verbesserten sanitären Verhältnissen.

Der Bericht über die Ursachen der Geisteskrankheiten wird mit Mißtrauen betrachtet. Beispielsweise werden venerische Krankheiten (Syphilis) mit 3 % bei 9230 männlichen Kranken angegeben, von denen 11,5 % als Paralytiker bezeichnet werden. Da man nun wenigstens 50 % der Paralytiker nach der Anamnese oder nach den Untersuchungsergebnissen als syphilitisch bezeichnen könne, so sei jene Zahl viel zu klein.

44. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland 1902. *ibidem*.

Hierüber ist im Literaturbericht des vorigen Jahres nach dem Original referiert worden. Es soll daher hier nur die Beurteilung eines Punktes seitens des Berichterstatters des Journ. of m. sc. wiedergegeben werden. Derselbe ist etwas skeptisch hinsichtlich der modernen Fortschritte der ärztlichen Behandlung und Pflege der Geisteskranken, Bettbehandlung etc. Er meint, der Geist des Fortschritts sei sehr tätig in den schottischen Asylen, vielleicht zu sehr, und auf die Gefahr hin, das Maß zu verlieren. Man sucht nach einem Resultat praktischer Art, nach einem Nachweis, daß die Lage der Kranken materiell gebessert ist. Nun haben, nach den vorliegenden Zahlen, die Abschaffung der Einzelzimmer, die Einrichtung der Aufsicht der ausgebildeten Hospitalschwester über den erprobten (tried) und erfahrenen Asylerwärter, die Bettbehandlung und dergleichen, keine bemerkenswerte Besserung weder bezüglich der Genesungs- noch Sterbeziffer hervorgebracht. Die erstere betrug in den Königlichen und Distriktsasylen 1901 38,6 % von den Aufnahmen, im vorigen Jahr 38,3, in der letzten fünfjährigen Periode bis 1899 37,3 %, in der vorhergehenden fünfjährigen Periode 38,6 % (nach Tab. IX). Ferner hat (nach Tab. X) zwar die Gesamtzahl der Todesfälle 1901 um 3,6 % abgenommen, dagegen findet sich eine Zunahme unter den Rubriken, welche von den verbesserten Methoden voraussichtlich betroffen sind. Eine Zunahme gegen das vorige Jahr zeigen die Todesfälle im ersten Jahr nach der Auf-

nahme um 8,9 0/0, die aus maniakalischer oder melancholischer Erschöpfung um 21,7 0/0, die aus Selbstmord und Unglücksfällen um 17,6 0/0. — Teilweise eine ähnliche Kritik erfahren die Maßregeln, um ein besseres Pflegepersonal zu gewinnen.

51. Report of the Inspectors of lunatics (Ireland) for the year ending Dec. 31. 1901. ibidem.

Die Zahl der Geisteskranken mit Idioten hat wieder eine Zunahme erfahren. Am Ende je einer zehnjährigen Periode betrug

	die Zahl der Geistes- kranken und Idioten	auf 100000 Einw. kommen	Größe der Zunahme in 10 Jahren
1871	16505	305	25 0/0
1881	18413	356	16,7 "
1891	21188	450	26,5 "
1901	25050	561	24,6 "

Demnach kamen am 31. Dezember 1901 auf 100000 Einwohner 561 Geistesranke (mit Idioten), oder 1 Geisteskranker kam auf 170 Einwohner von Irland. Die Zunahme betrug gegen 1891 24,6 0/0, während sie 1891 gegen 1881 nahe 2 0/0 höher war.

Die Zahl der Idioten dagegen hat sich vermindert.

Dieselben Jahre wie früher ergaben an Idioten

	in der Bevölkerung	in Asylen	in Arbeitshäusern	zusammen
1871	5147	410	1183	6742
1881	4548	1896	2195	8639
1891	4077	996	1170	6243
1901	3272	763	1181	5216

Auffallend ist der große Sprung auf 8639 im Jahre 1881. Für dieses Jahr hat sich gegen 1871 die Zahl in Asylen vervierfacht, in Arbeitshäusern fast verdoppelt, während sie in beiden Kategorien von Anstalten 1891 wieder auf fast die Hälfte herabsinkt. — Zieht man in der vorhergehenden Tabelle von der Gesamtzahl der Geisteskranken und Idioten die letzteren ab, so bleibt für die Geisteskranken allein für 1871 9763 Kranke, für 1881 9774, also fast die gleiche Zahl, gegenüber deren Zunahme in den vorhergehenden und den nachfolgenden Dekaden. Es muß demnach 1881 eine große Anzahl von Geisteskranken in Asylen und Arbeitshäusern als Idioten aufgenommen und später bei anderer Klassifikation als Geistesranke aufgeführt sein.

Die Zahl der Idioten scheint doch tatsächlich abzunehmen. Die Zahl der Geisteskranken unter 15 Jahren hat nämlich bedeutend und beständig während der letzten vier Dekaden abgenommen, von 650 in 1861 bis 385 in 1901. Da es nun unter 15 Jahren wenig Fälle von erworbener Geisteserkrankung gibt, so ist der Schluß berechtigt, daß die Zahl der angeborenen, der Idioten, beständig abnimmt.

Am 1. Januar 1902 waren in Distriktsasylen 16880, in Dundrum 170, in Privatsylen 732, in Arbeitshäusern 3746, als einzelne Kranke 102, zusammen 21630 Kranke (11217 Männer, 10413 Frauen) untergebracht, gegen das Vorjahr 461 mehr. Dieses Plus betrug im vorigen Jahre 306, im Durchschnitt der letzten 10 Jahre 494. Wie gewöhnlich findet in den Asylen eine größere Zunahme, in den Arbeitshäusern eine Abnahme statt. Von dem ganzen Bestande waren Ende 1901 in den Asylen 78 %, in den Arbeitshäusern 17 %, Privatsylen 5 %, während die entsprechenden Zahlen 1880 waren: 67, 27, 6. Durch ein neueres Gesetz ist Anregung gegeben zur Errichtung von Hilfsasylen für harmlose, unheilbare Geisteskranke, für die aus öffentlichen Mitteln 2 Mark pro Woche und Kopf gezahlt werden sollte. Es ist nur eins errichtet worden. Der Grund ist, weil für die Kranken in den Asylen 4 Mark vom Staat gezahlt werden. Es wird angeregt, Annexe an Asyle für solche Kranke zu bauen, unter Weiterbeziehung der 4 Mark.

Die Aufnahmen betrugen 1901 3572, von denen 2821 erste und 751 wiederholte Aufnahmen waren.

Wenn man die Zunahme der Aufnahmen in den letzten vier Jahrfünften betrachtet, so betrug die Zunahme am Ende des betreffenden Jahrfünftes gegen den Anfang in Prozenten:

	bei den ersten Aufnahmen	wiederholten Aufnahmen	allen Aufnahmen
1891	5,9	14,8	7,7
1896	6,7	20,1	9,5
1901	10,8	— 28,1	7,7

Im letzten Jahrfünft hat daher eine starke Zunahme der ersten Aufnahmen, eine noch stärkere Abnahme der wiederholten, und Zunahme aller Aufnahmen stattgefunden, die geringer war als im vorhergehenden Jahrfünft. Ein Teil der Zunahme der ersten Aufnahmen rührt von Versetzungen aus den Arbeitshäusern her, welche 1891 12,66 %, 1901 20,13 % aller Aufnahmen ausmachten. Zur Bekämpfung des großen Übels, der großen Zahl der Geisteskranken in Irland, hofft Verf. auf den endlichen Erfolg der Temperenzbewegung als eins der Mittel, dann auf einen anderen Modus der Erziehung. Wenn ein Zehntel der Energie, welche jetzt auf erhitzte Streitigkeiten zwischen rivalisierenden und religiösen Parteikämpfern in bezug auf die Schule verwandt wird, ersetzt würde durch Unterricht von kompetenten Lehrern in der Lehre vom Leben, Wohlbefinden, Gesundheit, von der intelligenten und gleichmäßigen Beherrschung der Neigungen, Leidenschaften, Tätigkeit etc., so würde nach dem Berichterstatter ein Gegengift gegen die Geisteskrankheit gegeben sein.

Die Zahl der Genesungen betrug 36,3 % von den Aufnahmen, sie war für die letzten vier Jahre 36,8 %, für die dann vorhergehenden fünf Jahre 38,4 %.

Die Sterbeziffer betrug 7,5 % vom durchschnittlichen Bestand, ebensoviel in den letzten fünf Jahren. Ein Viertel aller Todesfälle (313 von 1257) kommt auf Phthisis. Diese Quote unterscheidet sich nach Verf. nicht viel

von dem Vorkommen in der Bevölkerung in Irland, wenn das Alter beim Tode in Erwägung gezogen wird. (? Ref.)

4 Todesfälle betrafen Selbstmord, 7 Unglücksfälle, 2 Totschlag. Diese Unfälle waren nahe doppelt so zahlreich als im vorigen Jahre.

Im Richmond Asyl erkrankten 11 an Dysenterie, von denen 5 starben. In Castlebar 49, von denen 19 starben. In Castlebar ergießt sich das Kloakenwasser der Anstalt in einen Morast dicht bei derselben, der in nassen Jahren ein See wird, mit mephitischen Ausdünstungen. Castlebar ist außerdem mit seinen 610 Kranken, bei nur für 419 Belegraum, überfüllt. Gegen die Überfüllung der irischen Anstalten läßt sich nur schwierig etwas tun, da von den drei behördlichen Instanzen, Inspectors, Committee und county council, die letztere das Geld für die Ausführung der Beschlüsse der ersteren verweigert etc.

Die Unterhaltungskosten pro armen Kranken haben sich wegen Preiserabsetzung der Lebensmittel um 7800 Pfund verringert. Sie betrugen pro Kopf und Jahr 489,50 Mark.

Der Bestand in den Privatanstalten hat sich um 23 vermehrt, während nur eine Aufnahme mehr stattfand. Die Verhältnisse in denselben und ihr Ruf hat sich seit einigen Jahren zunehmend verbessert, so daß weniger Kranke nach englischen und schottischen Asylen gesandt werden.

Psychiatrie in general hospitals, by Sir John Sibbald. (Review of Neurologie und Psychiatrie. Vol. I No. 1.)

Der Aufsatz des in der englischen Literatur rühmlichst bekannten Verf. früher Commissioner in Lunacy, ist auch zugleich ein Programmartikel für das 1. Heft der neuen Zeitschrift. Bereits Cullen habe die beiden Gebiete Neurologie und Psychiatrie der Form nach vereinigt, indem er in seiner Nosologie die Vesanien als eine der Ordnungen in der Klasse der Neurosen aufstellte. Die neue Zeitschrift soll monatlich erscheinen und außer kurzen und wenigen Originalartikeln die gesamte Literatur umfassende Berichte über Neurologie und Psychiatrie bringen, und zwar bis zu dem dem Erscheinungsmonat zweitvorhergehenden Monat. Im vorliegenden Heft nimmt die Neurologie, wie gewöhnlich, den Löwenanteil in Anspruch.

Verf. führt nun aus, daß Gründe, welche nach ihm außerhalb des wissenschaftlichen oder medizinischen Gesichtspunktes stehen, die Trennung der Geisteskrankheiten von den andern Neurosen bewirkt und ihre exzeptionelle Behandlung bedingt haben. Diese Trennung sei weiter gegangen, als es selbst vom sozialen Gesichtspunkte wünschenswert sei. Einige von den Gründen der Trennung existierten nicht mehr, oder haben wenigstens keinen praktischen Einfluß mehr, nämlich die abergläubischen Vorstellungen über Geisteskrankheiten, die vor 100 Jahren noch existierten. Aber da durch die Krankheit die Fähigkeit zur Selbstführung verloren gegangen ist, so muß bei der Mehrzahl der Geisteskranken, in ihrem eignen Interesse und dem der Gesellschaft, ihre Freiheit mehr oder weniger beschränkt werden. Die Gesellschaft hat

gegen die Geisteskranken besondere Pflichten, und demgemäß haben die Staaten im vergangenen Jahrhundert für die geeignete Verpflegung der Geisteskranken und für Gesetze zu ihrem Schutz und zu dem der Umgebung gesorgt. In den Details haben sich in verschiedenen Ländern Verschiedenheiten ausgebildet, je nach dem Regierungssystem, der sozialen Organisation und den politischen Ansichten. Die Trennung der Geisteskranken von den übrigen Einwohnern nach den gesetzlichen Beziehungen und der Art der Unterbringung ist in einigen Ländern vollkommener als in andern, am vollkommensten in Großbritannien. Hier ist die größte Zahl von Geisteskranken in speziellen Instituten untergebracht, und im Vergleich zu andern Staaten steht die größte Zahl von Kranken unter behördlicher Aufsicht wegen ihrer Geisteskrankheit. Das Gesetz speziell in England treibt die Kontrolle über die Geisteskranken weiter, als notwendig oder selbst wünschenswert ist, und beeinträchtigt das Studium der Psychiatrie, indem es die Kranken mit geistigen Störungen von den allgemeinen Hospitalern ausschließt.

Nach demselben kann jede Person, die außerhalb ihres Hauses lebt, in einem Asyl oder anderswo, der ein ärztliches amtliches Attest (certificate) gegeben werden kann, daß sie geisteskrank ist, unter die Aufsicht der Behörden für das Irrenwesen gestellt werden. Keine solche Person kann außerhalb ihres Hauses gegen Bezahlung ohne Gerichtsbeschluß untergebracht werden, wird dann beim board of Commissioners angemeldet und periodischer Besichtigung unterworfen. Selbst in Wohltätigkeitsanstalten und anderswo, wo nichts bezahlt wird, dürfen die Commissioners solche Kranken besuchen und periodische Berichte über sie verlangen. Diese gesetzlichen Vorschriften sollen verhindern, daß Geistesgesunde ihrer persönlichen Freiheit beraubt werden und die geeignete Behandlung der Detinierten sichern. Ähnliche Bestimmungen muß ja jedes gute Irrengesetz haben. Indem jedoch die Wohltätigkeitsanstalten, wenn sie Geisteskranke aufnehmen, mit der Folge zu rechnen haben, unter die Kontrolle der Lunacy-Behörde zu kommen, werden deren Vorstände (governing boards) von der Aufnahme solcher Kranken abgeschreckt.

Insofern das Gesetz das Ziel hat, Geisteskranke, denen ein entsprechendes Zertifikat gegeben werden kann, von den Abteilungen der allgemeinen Hospitäler auszuschließen, sei sein Einfluß ungünstig, und in noch höherem Grade, als es dahin strebe, die governing boards an der Heilbehandlung solcher Fälle zu verhindern, welche noch nicht das Stadium erlangt haben, wo ihnen das betreffende Zertifikat gegeben werden kann. Tatsächlich werden in englischen Hospitälern wenige, weder frische noch mehr entwickelte Fälle aufgenommen, obgleich sie natürlich nicht ganz fehlen, da bei solchen, die wegen körperlicher Störungen aufgenommen werden, sich nach der Aufnahme oft geistige Störungen offenbaren. — Dazu kommt die allgemeine Annahme, daß Asyle die geeignetsten Plätze für jede Form von Geistesstörung sind. Die Ärzte haben der Sache wenig Aufmerksamkeit zugewandt, oder ihre Interessen sind nicht dadurch berührt worden. — Diese Gründe

haben wahrscheinlich dazu beigetragen, die Einrichtung von Abteilungen für Geisteskranke in englischen allgemeinen Hospitälern zu verhindern, gegenüber in Schottland, wo solche gesetzlichen Hindernisse wie in England nicht existieren.

Gründe, warum Fälle von Geistesstörung in gewöhnlichen Hospitälern versorgt werden sollen.

Es soll mit Bezug auf die besondern Schwierigkeiten dieser Frage in England nur die Rede sein von der Aufnahme beginnender oder frischer Fälle. — Zunächst handelt es sich um das Interesse der Kranken. Frische Fälle können, weil ihnen kein amtliches Zertifikat erteilt werden kann, nicht in Asyle aufgenommen werden. Für eine große Zahl dieser Fälle unter der armen Bevölkerung würde Hospitalbehandlung die beste Hoffnung auf Genesung bieten und vielfach Unheilbarkeit verhütet werden. Wenn nicht in allgemeinen Hospitälern, können diese Kranken überhaupt nicht aufgenommen werden, während jene die best-denkbaren Plätze für sie sind. Abteilungen für Geisteskranke brauchen nicht von andern medizinischen Abteilungen unterscheidbar zu sein, und der Aufenthalt in ihnen schließt nicht den beruflichen und sozialen Nachteil ein, wie tatsächlich der Aufenthalt in einem Asyl. Ein Kranker, der in eine solche Abteilung aufgenommen wird, ist auch bewahrt vor der gemüthlichen Erregung, die oft eintritt beim Eintritt in ein Asyl, welches zum größten Teil unheilbaren Fällen bestimmt ist. Analog hat Verf. gefunden, daß in Asylen mit besondern Gebäuden als Aufnahme-Hospitäler die Kranken sich gewöhnlich freuen, wenn sie genesen, bevor sie in eine andere Abteilung versetzt sind und umgekehrt. Von größter Wichtigkeit ist, daß die Kranken in dem ersten Stadium ihrer Krankheit sind, wo die Aussicht auf Genesung am günstigsten ist. Die bisher angeführten Gründe gelten dem Interesse der Kranken.

Im Interesse des Studiums der Psychiatrie würde die Einrichtung solcher Abteilungen in jedem Hospital sein, aber von unschätzbarem Nutzen in einem allgemeinen Hospital, das mit medizinischem Unterricht verbunden ist. Es sollen die Vorteile, welche die Asyle für die Gelegenheit zum Unterricht und zum Studium bieten, nicht herabgesetzt werden, auch bieten die Asyle viel Material, das sich in Abteilungen für frische Fälle nicht findet. Aber umgekehrt liefern die frischen Fälle die beste Gelegenheit zum Studium der Ursachen der Störung, die Beziehung zwischen den geistigen Symptomen und den körperlichen Bedingungen. Alle geistigen Störungen haben ihren Ursprung in körperlichen Störungen, funktionellen oder anatomischen. Nach *Maudsley* sind Geisteskrankheiten nicht mehr noch weniger als nervöse Krankheiten, in denen geistige Störungen vorherrschen etc. Je mehr wir die Behandlung der sogenannten geistigen Krankheit in Zusammenhang bringen können mit der verbundenen körperlichen Krankheit, um so besser ist es für das Studium der Psychiatrie.

Für den medizinischen Praktiker ist es besonders wichtig, daß er mit den Anfangsstadien der Geisteskrankheiten und deren Behandlung bekannt

wird, denn zu solchen Fällen wird er in seinem Berufe am meisten gerufen, während die Behandlung der Kranken in den Asylen von geringer Wichtigkeit für ihn ist. Gegenwärtig ist es Regel, daß er in die Praxis eintritt, ohne einen einzigen Fall von Geisteskrankheit gesehen zu haben.

Anstalten für klinischen Unterricht in den Geisteskrankheiten in Verbindung mit 20 deutschen und 3 andern Universitäten.

Name der Universität	Die Abteilungen bilden einen Teil eines allgem. Hospitals			Unabhängig vom allgem. Hospital				Arten v. Kranken in den Abteilungen				Durch- schnittl. Aufent- halt der Kranken		Zahl der Ärzte		Zeit der Er- öffnung	
	dicht bei andern Kliniken	innerhalb einer Meile davon	über eine Meile von andern Kliniken	frische Fälle	frische und chronische Fälle	Delirium	andere Nerven- krankheiten	Jahre	Wochen	nicht in der Anstalt wohnende	in der Anstalt wohnende	des gegenwärtigen Gebäudes	der regelmäßigen Klinik				
Berlin	1	1	—	65	—	26	60	—	3	4	3	1798	1865				
Greifswald ..	—	1	—	—	48	—	—	—	48	2	1	1834	1889				
Kiel	—	1	—	—	80	—	—	—	—	—	—	1900	1900				
Göttingen ...	—	1	—	—	345	—	—	2	66(1)	4	3	1866	1866				
Tübingen	1	—	—	114	—	—	—	—	5	1	3	1894	1894				
Rostock	—	—	1	—	200	—	—	—	45	1	2	1896	1896				
Erlangen	—	—	1	—	857	—	—	3	26	3	4	1846	—				
Heidelberg ..	—	1	—	80	—	—	—	—	21	2	2	1878	1878				
Marburg	—	—	1	—	300	—	—	1	3	2	2	1876	1876				
Freiburg	—	1	—	—	90	—	—	—	38	2	2	1887	1887				
Breslau	1	—	—	215	—	—	—	—	10	1	2	1887	1877				
Straßburg ...	1	—	—	70	—	—	30	—	11	2	2	1886	1872				
Würzburg ...	—	1	—	60	—	—	—	—	12	2	2	1888	1833				
Gießen	—	1	—	60	—	—	—	—	19	3	2	1896	1896				
Jena	—	—	1	180	—	—	—	—	20	2	2	1879	1848				
Leipzig	—	1	—	130	—	—	25	—	12	4	4	1882	1882				
Halle	—	1	—	100	—	—	20	—	9	2	3	1891	1891				
Bonn	—	—	1	—	600	—	—	1	15	3	3	1882	1882				
Königsberg ..	1	—	—	30	—	10	—	—	7	2	1	1879	1892				
München	—	—	—	—	530	—	—	2	12	2	5	1859	1861				
Wien 1	—	—	—	—	800	—	—	—	44	3	5	1853	1853				
Wien 2	1	—	—	130	—	—	—	—	4	5	3	1784	1875				
Prag	—	—	1	158	—	—	—	—	13	1	3	—	—				
Kopenhagen .	1	1	—	54	—	—	—	—	3	1	2	1888	1882				

Psychiatrischer Unterricht in Deutschland.

Die Fürsorge für klinische Ausbildung in der Psychiatrie auf dem Kontinent und besonders in Deutschland ist in England öfter besprochen

worden. Das Problem bietet in jedem Lande besondere Bedingungen, so daß, was in Deutschland und anderswo möglich und zweckmäßig ist, nicht notwendig möglich und wünschenswert ist in England. Verf. bringt eine statistische Übersicht über die Einrichtungen für klinischen Unterricht von 20 deutschen und drei anderen Universitäten, welche wegen des speziellen Interesses für deutsche Leser hier genau wiedergegeben ist. Nach dieser Tabelle bildeten die Abteilungen für Geisteskranke in sechs Fällen einen Teil von allgemeinen Hospitälern; in sechs Fällen lagen sie dicht bei den Kliniken für gewöhnliche Krankheiten; in sechs Fällen lagen sie innerhalb einer englischen Meile (= 1,609 km) von den andern Kliniken; in fünf Fällen war die Entfernung größer; und in fünf (2. Ref.) ist ein Bericht über die Entfernung nicht gegeben. In 14 Fällen nahmen die Kliniken nur frische Fälle von Geisteskrankheiten auf, in zehn Fällen frische und chronische Kranke, in vier Fällen wurden auch Nervenranke ohne Symptome geistiger Erkrankung aufgenommen. In zehn von den Kliniken mit nur frischen Fällen von Geisteskrankheiten betrug der durchschnittliche Aufenthalt der Kranken nicht über zwölf Wochen, bei vier Kliniken mehr. In den Kliniken für frische Fälle kam durchschnittlich auf 25 Kranke ein Arzt (in der Anstalt wohnende und nicht wohnende zusammen).

Die hohe Stellung, welche Deutschland in bezug auf klinischen Unterricht in der Psychiatrie einnimmt, verdankt es nach Verf. dem Impuls *Griesingers*. Er sah die Berliner Charité vor und während (1867) *Griesingers* Tätigkeit und ergiebt sich in den begeistertsten Lobreden auf ihn.

Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit von 1. Juli 1901 bis zum 30. Juni 1902. VI. Gesundheitswesen, Landeswohlthätigkeitsanstalten, sonstige Wohlfahrtsangelegenheiten, Militäreinquantierung und Vorspann. Referent *Leop. Steiner*. Wien, Hof- und Staatsdruckerei. 1902 (550 Seiten).

Es sollen hier nur aus dem zweiten Teil: Wohltätigkeitsanstalten, die Anstalten zur Unterbringung von Geisteskranken und die Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder besprochen werden.

Am 31. Dezember 1901 wurden verpflegt in den Irrenanstalten in Wien 1026 Kranke, in Ybbs 544 Kranke, Klosterneuburg 598 Kranke, Kierling-Gugging 708 Kranke, Langenlois 218 Kranke, zusammen 3094 Kranke.

In den Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder waren am 31. Dezember 1901 388 Kranke vorhanden.

Ferner waren noch untergebracht in verschiedenen Siechenanstalten 423 Geistesranke. Im ganzen befanden sich daher in den verschiedenen Landesanstalten 3905 Kranke, mit Ausschluß der Siechen 3480 Kranke.

Niederösterreich hatte 1896 (*Hübner*, Stat. Tab.) 2908976 Einwohner, daher wurden verpflegt: mit Siechen 1 Geisteskranker auf 745 Einwohner, ohne Sieche 1 Geisteskranker auf 832 Einwohner.

Zum Vergleich mögen folgende Angaben dienen: In der preußischen Rheinprovinz (cf. diese Zeitschrift, Literaturbericht, 56. Band, S. 309) waren am 1. Januar 1895 in allen Anstalten untergebracht: 8331 Kranke, von der Provinzialverwaltung waren nach Herstellung der neuen Einrichtungen Plätze hergestellt für 7990 Kranke. Die erste Ziffer gibt einen verpflegten Geisteskranken auf ca. 600, die zweite auf 638 Einwohner (bei 5,1 Mill. Einwohner). Die letztere Ziffer würde wohl der Niederösterreichs ohne Sieche (832) entsprechen.

In ganz Preußen waren zu jener Zeit 1 Geisteskranker auf 700 Einwohner verpflegt, in allen Anstalten 1900 ca. 1 : 588 (Geistesranke, Idioten, Epileptiker) nach Allg. Zeitschr., 60. Bd., 3. H., in Schottland 1897 (l. c.) 1 Geisteskranker auf 344 Einwohner.

In den niederösterreichischen Irrenanstalten war am 31. Dezember 1901 nur ein Normalbelegraum für 3704 Kranke vorhanden, so daß ein Überbelag von 390 Kranken stattfand.

Die umstehende Tabelle gibt die Krankenbewegung für sämtliche fünf Anstalten.

Zu bemerken ist, daß unter den Aufnahmen (Zuwächsen) sich auch die Versetzungen aus einer andern Anstalt befinden (347 Fälle). Diese sind also unter den Aufnahmen doppelt gezählt. Wie viele von den Aufnahmen als wiederholte Aufnahmen (nach vorheriger Genesung und ohne solche) vorkamen, wird nicht erwähnt. Von sämtlichen Aufnahmen wurden 18,3% geheilt. Die Ziffer ist so zustande gekommen, daß von den Geheilten die unter den drei letzten Zeilen Untergebrachten: Simulation, Ohne Geistesstörung, Zur Beobachtung, die also nicht geisteskrank waren, abgezogen wurden, dementsprechend auch unter den Aufnahmen. Berechnet man jedoch die Zahl der Geheilten nur zu den direkten Aufnahmen (ohne von andern Anstalten Versetzte), so hat man 22% Genesene.

Berechnet man weiter die Sterblichkeit zum durchschnittlichen Bestande (der Durchschnitt des Bestandes beim Anfang und Ende des Jahres), so betrug sie 13,3%.

Aus der Tabelle übersieht man die Verteilung der einzelnen Formen unter den Aufnahmen. Die größte Ziffer stellt die Paralyse mit 20,61%, es folgt die Paranoia mit 16,32% und der Alkoholismus mit 16,22%. Die Amentia folgt dann mit 11,14%, der erworbene Blödsinn 9,48%, der angeborene Blödsinn hat 2,25%, Imbezillität 5,62%, Epilepsie 5,32%, Melancholie 4%, Manie 1,32%, Periodische Geistesstörung 2,25% etc.

Eine weitere Charakterisierung der einzelnen Formen ist in folgendem durch die Berechnung der Genesungen (zur Summe der Aufnahmen), der Sterblichkeit (zum mittleren Bestande beim Beginn und Ende des Jahres) und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (berechnet durch Division der Aufgenommenen in jenen mittleren Bestand) gegeben.

Form der Geistesstörung	Stand am 31. Dez. 1900			Zuwächse im Jahre 1901			Abgänge			Summe der Abgänge			Bestand am 31. Dezember 1901		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	Proz. d.S.	Gehellt M.	Gehellt Fr.	Gestorb. M.	Gestorb. Fr.	M.	Fr.	S.	Proz.
Angeb. Blödsinn (Idiotie)	123	59	182	23	23	46	2,25	1	—	5	2	22	15	37	124
Angeb. Schwachsinn (Imbecillität)	119	75	176	71	44	115	5,62	8	2	1	1	71	44	115	67
Selbstanklagewahn (Melancholie)	16	48	64	8	74	82	4,00	4	18	1	3	12	61	73	57
Tollheit (Manie)	2	17	19	8	19	27	1,32	3	5	—	1	6	13	19	61
Verwirrtheit, allgem. Wahnsinn. (Amenia)	45	80	125	68	160	228	11,14	16	38	7	15	61	137	198	23
Prim. Verrücktheit, partiell. Wahn- sinn (Paranoia)	449	514	963	169	165	334	16,32	10	8	15	22	156	150	306	4
Periodische Geistesstörung	55	39	94	18	28	46	2,25	9	10	1	—	24	20	44	29
Erworben. Blödsinn (Dementia)	251	350	601	97	97	194	9,48	2	—	32	50	90	97	187	47
Paralytische Geistesstörung	304	87	391	325	97	422	20,61	6	1	162	42	334	100	434	259
Epileptische Geistesstörung	170	106	276	74	35	109	5,32	13	3	15	9	75	40	115	350
Hysterische Geistesstörung	1	23	24	10	29	39	1,91	3	8	—	—	7	26	33	609
Neurasthenische Geistesstörung . . .	5	4	9	14	9	23	1,12	4	—	1	2	12	9	21	379
Geistesstörung mit Herderkrank.	8	2	10	7	2	9	0,44	1	—	6	—	8	2	10	101
Alkoholismus	81	4	85	287	43	330	16,22	176	16	11	1	287	39	326	270
Ander. Intoxikationspsychosen . . .	1	—	1	7	1	8	0,39	4	—	1	1	7	1	8	8
Simulation	—	—	—	2	1	3	0,15	1	1	—	—	1	1	2	89
Ohne Geistesstörung	—	—	—	2	5	7	0,24	2	3	—	—	2	3	5	2,88
Zur Beobachtung	7	—	7	22	3	25	1,22	14	2	—	—	24	3	27	1
Zusammen	1617	1390	1212	835	100,0	277	115	258	149	1199	761	1630	1461	100,0	5
Summe	3007	2047	392	407	1960	3090									

	Gene- sungs- Prozent	Sterblich- keits- Prozent	Durchchn. Aufenthalts- dauer Jahre
Angeborener Blödsinn.....	2,0	3,65	4,0
Angeb. Schwachsinn (Imbezillität)	8,7	1,1	1,52
Melancholie.....	26,8	5,9	0,83
Manie.....	29,6	4,3	0,86
Amentia (Verwirrtheit etc.).....	23,8	15,7	0,61
Paranoia (Prim. Verrücktheit)....	5,4	3,8	2,91
Periodische Geistesstörung.....	41,3	1,2	1,85
Erworbener Blödsinn (Dementia)...	1,0	13,5	3,12
Paralyse.....	1,7	53,0	0,91
Epilepsie.....	15,9	8,8	2,50
Hysterie.....	28,2	—	0,70
Alkoholismus.....	58,2	13,8	0,26
Alle Formen zusammen.....	18,3	13,3	1,49

Alle Formen zusammen stellen daher, berechnet zu den Aufnahmen, 18,3% Genesungen. Zieht man jedoch beiderseits den Alkoholismus mit seinen vielen Genesungen ab, so bleiben 11,6% Genesungen. Die am meisten in Betracht kommenden akuten Formen: Melancholie, Manie, Amentia, stellen 23,8 bis 29,6%, die Hysterie mit 28,2% steht diesen nahe. Die periodischen Seelenstörungen haben 41,3% nur in bezug auf die einzelnen Anfälle, die Epilepsie 15,9, nur wegen der zeitweisen Anfälle akuter Geistesstörung. — Die Sterblichkeit in bezug zum durchschnittlichen Bestand hat 13,3%, zieht man die Paralyse beiderseits ab, so beträgt sie 7,6%, also für diesen Fall nicht mehr wie anderswo.

Die mittlere Aufenthaltsdauer aller Formen beträgt 1,49 Jahre. Die längste Aufenthaltsdauer hat der angeborene Blödsinn mit 4,0 Jahren. Seine Sterbeziffer ist eine geringe (3,65). Es handelt sich um mehr jugendliche Personen. — An Länge der Aufenthaltsdauer folgt der erworbene Blödsinn mit 3,12 Jahren und einer hohen Sterblichkeit von 13,5%. Unheilbare Formen mit langer Krankheits-(Verpflegungs-)Dauer stellen unter Umständen, namentlich bei vorgerücktem Alter, viele Todesfälle. Die andere Form des angeborenen Blödsinns, die Imbezillität, stellt bei einer mittleren Aufenthaltsdauer (1,52) die geringe Sterblichkeit von 1,1%. Hier hat man es also mit rüstigen Personen zu tun. Die Paranoia hat ebenfalls eine sehr lange Aufenthalts-(Verpflegungs-)Dauer bei geringer Sterblichkeit (3,8).

Die Genesungen bei Idiotie (2,0), Imbezillität (8,7) kommen nur auf komplizierende psychische Störungen (Erregungszustände etc.), die bei Paranoia (5,4), erworbenem Blödsinn (1,0), bei deren langer Krankheitsdauer wahrscheinlich nur auf Besserungen. — Die Melancholie, Manie, Amentia verlaufen subakut mit einer Krankheitsdauer von 0,61 bis 0,86 Jahren, und haben viele Genesungen. Die Amentia zeigt durch ihre hohe Sterblichkeit

S*

mit 300 Betten. Später wurden noch zwei Gebäude hergestellt, ein Lazarett und ein Zentralbad.

Der Pavillon für körperlich Kranke ist ein vollständig modern eingerichtetes Krankenhaus, in dem die tuberkulösen Geisteskranken von den anderen getrennt untergebracht werden können.

Das Zentralbad mit Schwimmbassin ist für die Ärzte, das Pflegepersonal, auch für die in Familienpflege untergebrachten Kranken bestimmt.

Ferner wurde die bisherige Irrenanstalt Ybbs weitgehend verbessert und zu einer niederösterreichischen Landespflegeanstalt für Geisteskranke umgestaltet. Das Irrenwesen des Landes Niederösterreich tritt endgültig in die Ära der freien Behandlung der Geisteskranken. Es findet die volle Anwendung des open door-Systems statt. Ferner wird die familiäre Verpflegung eingeführt.

Nach dem Vorbilde von *Alt* (Uechtsprunge) ist ein Pflegerdorf im Anschluß an Mauer Oeling errichtet. Dies besteht vorläufig aus acht Häusern, je zwei unter einem Dache. Den hier wohnenden Bediensteten der Anstalt sollen je drei Kranke zur Familienpflege überwiesen werden. Die bisher in den Wiener städtischen Versorgungshäusern untergebrachten harmlosen, unheilbaren Geisteskranken (welche bisher wegen Störungen von da in die Siechenanstalten, von da wieder in die Irrenanstalt kamen) sollen künftig auch in Mauer-Oeling und Ybbs untergebracht werden.

Der freiwillige Eintritt volljähriger, dispositionsfähiger Kranken in pp. Mauer-Oeling wird nach Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses, welches die Anstaltsbedürftigkeit des Kranken ausweist, gestattet.

Die Kaiser Franz Joseph-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oeling wurde am 15. April 1902 in Betrieb gesetzt. Der erste Transport Geisteskranker aus Ybbs langte am 9. Juni 1902 an. Am 30. Juni 1902 betrug der Verpflegungsbestand 150 Männer und 149 Frauen.

In allen niederösterreichischen Landesirrenanstalten wurden auch im Jahre 1901 von seiten der Anstaltsärzte Pflegerkurse an der Hand eines offiziellen Leitfadens, und nach Absolvierung der Kurse Pflegerprüfungen abgehalten mit günstigem Ergebnis.

Die niederösterreichische Landeskolonie Haschhof bei der Irrenanstalt Kierling-Gugging wird in ihrer Wirksamkeit andauernd gelobt.

Die (seit 1891 bestehende) Landesirrenzweiganstalt Langenlois wurde aufgelassen am 30. Juni 1902.

Es folgen dann die Berichte über die einzelnen Anstalten. Über die Wiener Anstalt mag einiges hervorgehoben werden:

Die Gesamtaufnahmen 1901 betrugen 1212. In der Tabelle über Krankheitsursachen findet sich nun die Summe von 1402 (darunter 307 unbekannter Ursache). Es müssen also bei einer Reihe von Fällen mehrere Ursachen angenommen sein.

Unter den 1402 Fällen fand sich			geheilt gestorben	
Erbliche Belastung	in 184 Fällen, davon	21,2 %	13,6 %	
Übertragene organische Anlage ¹⁾ .	" 175 "	13,7 "	4,0 "	
Syphilis	" 182 "	3,3 "	45,6 "	
Seniler Marasmus	" 50 "	2,0 "	46,0 "	
Kopftrauma	" 48 "	37,5 "	10,4 "	
Andere Traumen	" 17 "	41,2 "	29,4 "	
Wochenbett	" 9 "	22,2 "	— "	
Klimakterium	" 18 "	22,2 "	5,5 "	
Mißbrauch geistiger Getränke	" 282 "	45,4 "	6,4 "	
Unbekannt	" 307 "	9,1 "	15,6 "	

Bei dieser Ursachenstatistik erinnern die Zahlen der Syphilis an die Paralyse unter der Formentabelle aller Anstalten, die des Mißbrauchs geistiger Getränke an die Form Alkoholismus.

Aus der Straf- oder Untersuchungshaft kamen 1901 17 Kranke in die Wiener Irrenanstalt.

Die Zahl der Pfleger und Pflegerinnen betrug 157. Anderswo ist von 172 und 175 Pflegern (am 1. Januar und 31. Dezember) die Rede. Hier ist das auf Kosten der Parteien beigestellte Extrapflegepersonal mit inbegriffen. Unter den 157 Pflegern befanden sich 14 Handwerker, unter diesen Traktpflegersgattinnen 5 etc. Ein Wechsel fand statt bei 121 Personen (= 77,4 % von 157). Durch Tod schieden aus 3. 8 Pflegerinnen wurden provisioniert. 2 Pfleger wurden zu Amtsdienern ernannt, in anderer Weise schieden noch 2 aus.

Ferner traten noch 106 Pfleger aus, 71 freiwillig, 35 wurden entlassen. Dies macht 67,6 % von 157. Bis zu 1 Monat traten aus 21,6 %, 0—6 Monaten 40,8 %, von 0—1 Jahr 49,6 %.

Der Schlagerfonds hatte (S. 127) Ende 1901 eine Höhe erreicht von 85767 K. Im Jahre 1901 waren aus ihm verausgabt für Unterhaltungen etc. der Pfleglinge 510 K., für Pfleglingsarbeiten 109 K., für Spenden und Unterstützungen 563 K.

Ferner hat (S. 120) der Unterstützungsverein für aus niederösterreichischen Landesirrenanstalten geheilt entlassene hilflose Personen 1103 Männer und 817 Frauen mit 12904 K. unterstützt. — Endlich wurden noch aus Stiftungen und Fonds von der Anstaltsdirektion an 499 Personen 6483 K. verteilt, an geheilt und nicht geheilt Entlassene und deren Angehörige.

Über die einzelnen Anstalten finden sich noch eine große Anzahl von ärztlichen und administrativen Mitteilungen und statistischen Tabellen, so über die Aufnahmen nach dem Lebensalter, nach Monaten, die Art und die Größe der Beschäftigungen, Arbeitstabelle, Unglücksfälle, Entweichungen und Selbstmordversuche, die Zahl und Art der körperlichen Erkrankungen nach den

¹⁾ Hierunter sind vielleicht 92 Fälle, in denen der Vater oder die Mutter trunksüchtig war.

einzelnen Quartalen, über die Trachomepidemie, die Veranlassung zur Gründung von Langenlois im Jahre 1891 gab, wohin die 180 Trachomkranken (101 M., 79 Fr.) verlegt wurden, etc.

Nach den Statuten S. 500 ff. ist dem Direktor von Mauer-Oeling auch die Leitung der Irrenanstalt Ybbs übertragen. Die unmittelbare Leitung von Ybbs führt ein besonderer Psychiater.

Es werden dann weiter die Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder besprochen.

	Bestand 31. Dez. 1900	Aufnahme 1901	Bestand 31. Dez. 1901
Landesanstalt zu Kierling-Gugging ...	187	42	196
Pius-Institut zu Bruck a. d. Mur	97	18	94
Stephanie-Stiftung zu Biedermannsdorf	30	6	34
Idiotenabteilung zu Mödling	65	20	64
Zusammen	379	86	388

Unter den Aufnahmen sind 52 Knaben, 34 Mädchen. Im Bestande 31. Dezember 1901 sind 236 Knaben, 152 Mädchen. Ferner findet sich folgende Pflégelingsbewegungstabelle nach den Formen:

	Bestand 31. Dez. 1900	Aufnahme 1901	Bestand 31. Dez. 1900
Idiotischer Blödsinn { erethische Form ...	71	19	67
{ anerethische „ ...	65	7	63
Hochgradig. Schwachsinn { erethische Form	38	6	39
{ anerethische „	38	6	35
Schwachs. mittl. Grades { erethische Form .	34	5	35
{ anerethische „ .	77	13	76
Schwachsinn minderen Grades	56	30	73
Zusammen	379	86	388

In Prozenten des Gesamtverpflegungsbestandes (dieser = der Summe des Bestandes beim Beginn des Jahres und der Aufnahmen) entfallen auf den idiotischen Blödsinn 34,84, hochgradigen Schwachsinn 18,93, Schwachsinn mittleren Grades 27,74 und Schwachsinn minderen Grades 18,49 0.

Ein eingehender Bericht über die Idiotenanstalt zu Kierling-Gugging findet sich im Liter.-Bericht dieser Zeitschr. 60. Bd. S. 163 nach *Krojatsch*.

Da die bisherigen Einrichtungen nicht genügen, hat der niederösterreichische Landtag am 17. Juli 1901 den Beschluß gefaßt, eine Pflege- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder mit einem Belegraum von 500 Plätzen zu errichten, und der Erweiterungsfähigkeit auf 1000 Plätze.

Ferner sollen die erwachsenen Schwachsinnigen, die bisher vielfach in der Armenpflege und in den Landes-Siechenanstalten untergebracht waren in die Irrenanstalten Mauer-Oeling und Ybbs und in die landwirtschaftliche Kolonie aufgenommen und mit landwirtschaftlichen Arbeiten

werden. Dann sind vornehmlich die weiblichen Schwachsinnigen mit gutem Erfolge in der Filiale der L. Findelanstalt Wien untergebracht.

Es folgen dann die Detailberichte der einzelnen Anstalten, teils ärztlicher Natur, so die aufgetretenen körperlichen Krankheiten betreffend, teils über Beschäftigung, Unterricht, Feste etc., teils über Verwaltungsangelegenheiten.

Interessant ist noch eine Tabelle (S. 58) über die notorischen Trunksüchtigen in Niederösterreich im Jahre 1901. Die Gesamtzahl betrug 2385 (2181 Männer, 204 Frauen). Davon kommen auf Wien 1371 (1256 Männer, 115 Frauen), auf die Landgemeinden 1014 (925 Männer, 89 Frauen).

Nach *Hübners* statistischen Tabellen hatte Wien im Jahre 1897: 1574000 Einwohner, Niederösterreich 1896: 2908976 Einwohner. Sollte der Ausdruck: Landgemeinden bedeuten: alle Einwohner Niederösterreichs außer Wien, so würde in Wien 1 Trunksüchtiger auf 2114 Einwohner kommen, in den Landgemeinden 1 Trunksüchtiger auf 1316 Einwohner, also viel mehr. Die Weiber machen in Wien 8,4 % von der Gesamtzahl aus, in den Landgemeinden 8,7 %. Auch sonst hat man konstatiert, daß, wo die Trunksucht mehr vertreten ist, die weibliche Prozentzahl anschwillt.

Ledig waren 848, verheiratet: a) mit dem Gatten zusammenlebend 1008, b) getrennt lebend 151, verwitwet 251 (Männer 191, Frauen 60 = 31,4 %; hier schwellen die Frauen also sehr an), im Konkubinat lebend 49 (Männer 42, Frauen 7 = 16,6 %).

Unter 20 Jahren waren 5, 20 bis 40 Jahre 767, 40 bis 60 Jahre 1324, über 60 Jahre 271.

Bei den Berufsarten fehlt der Vergleich mit der Bevölkerung. Es sei daher nur erwähnt, daß die Arbeitsscheuen und Vagabunden 370 Fälle stellen, ohne Beschäftigung waren 371, die Tagelöhner stellten 565, die Dienstboten 33.

Es wird bemerkt, daß für Anhaltung unheilbarer krimineller Trinker eine gesetzliche Grundlage fehlt, und daher der niederösterreichische Ausschuß nicht in der Lage war, zur Errichtung entsprechender Anstalten zu schreiten. — S. 497 findet sich die Bemerkung, daß die 1899 geschaffene Abteilung für niederösterreichische Landespfleglinge im Abstinenz-Sanatorium Pranthof im abgelaufenen Jahre nur von zwei Alkoholikern aufgesucht wurde, von denen der eine 88 Tage, der andere 6 Monate in der Anstalt blieb. Nach dem Austritt aus der Anstalt stellten sich bei beiden bald Rezidive ein.

The fluktuation of insanity in Connecticut as shown by a study of cases admitted to the Connecticut hospital for insane by *Rollin H. Burr*. The American Journal of insanity. Bd. LX No. 2.

Die Zunahme der Geisteskranken, welche die Statistiken der letzten Zeit ergeben, hängt nach Verf. zum Teil von der Anhäufung der Geistes-

kranken in den Anstalten ab, indem deren Zahl mit der Bevölkerung in Beziehung gesetzt wird. Die hygienischen Verhältnisse in den Anstalten, die Pflege haben sich sehr verbessert, das Zutrauen des Publikums habe zugenommen, man treffe viele alte Kranke in den Anstalten, die hier seit 20 bis 30 Jahren verpflegt seien. So könne ein Vergleich der letzten Jahre mit früheren auf dieser Basis nicht gemacht werden. Verf. benutzt für seine Statistik die ersten Aufnahmen, welche für das Jahr der ersten Aufnahme gezählt werden. Dies sind also die Personen, die zur Aufnahme gelangten.

Die Arbeit erstreckt sich nur auf die Aufnahmen in die Staatsanstalt von Connecticut zu Middletown, welche ca. 85% aller Aufnahmen von Geisteskranken in Anstalten betreffen. Die fremdländischen Geisteskranken sind annähernd alle eingeschlossen. Wohlhabende Kranke sind wenige vorhanden.

Die Aufnahmen gehören einem Zeitraum von 32 Jahren an, seit der Eröffnung der Anstalt, von 1868 bis Januar 1901. Es sind zum Vergleich drei Perioden gebildet, die erste von 1868 bis 1880, von zwölfjähriger Dauer; in den beiden ersten Jahren seien wenig Aufnahmen erfolgt. Die folgenden Zeiträume haben jeder zehn Jahre.

Der folgende Abschnitt trägt die Überschrift: Verhältnis der Aufnahmen zur Gesamtbevölkerung. Die Angaben betreffen jedoch, mit Ausnahme der vom Verf. selbst berichteten Daten, die Ziffer des Bestandes der Irrenanstalten an einem bestimmten Termin (resp. der gelegentlich der Volkszählung ermittelten Geisteskranken) im Verhältnis zur Bevölkerungszahl. Nach Dana waren in den Vereinigten Staaten von Amerika 1880 89000 bis 96000 Geisteskranken vorhanden, das ist ein Geisteskranker auf 570 bis 520 Einwohner. Für Massachusetts gibt er an einen Geisteskranken auf 336, für Connecticut einen Geisteskranken auf 355 Einwohner.

In den Vereinigten Staaten kam ferner ein Geisteskranker auf Einwohner:

Nach den Hospitalberichten:

1870: 2346	}	Zunahme 92%
1880: 1216		
1880: 1216	}	Zunahme 123%
1890: 545		
1890: 545	}	Zunahme 23%
1900: 444		

Nach den Resultaten der Volkszählung:

1880: 1233	}	Zunahme 121%
1890: 555		

In die Staatsirrenanstalt von Connecticut fanden von 1868 bis 1900 über 9400 Aufnahmen statt, hierunter erste Aufnahmen 7657. Davon kommen auf die erste Periode von 1868—80: 1421 Kranke, auf die zweite Periode von 1880—90: 2686, auf die dritte Periode von 1890—1900: 3550 erste Aufnahmen. Auf die Bevölkerung berechnet (es ist jedesmal die der Periode

unmittelbar folgende Volkszählung als Maßstab angenommen) fand sich ein Geisteskranker auf Einwohnern:

I. Periode 438	} Zunahme 56 ⁰ / ₀
II. Periode 281	
II. Periode 281	} Zunahme 10 ⁰ / ₀
III. Periode 255	

Ein unmittelbarer materieller Vergleich der beiden Zahlenreihen miteinander ist nicht möglich. Die Daten über die Vereinigten Staaten geben das Verhältnis des Bestandes der Geisteskranken an einem bestimmten Termin zur Bevölkerung. Die Daten des Verf. von Connecticut dagegen bringen das Verhältnis der ersten Aufnahmen in die Staatsanstalt von je zehn Jahren zur Bevölkerung zum Ausdruck. Nur das kann man entnehmen, daß der zehnjährige Zuwachs im Bestand (123 — 23⁰/₀) ein viel größerer ist, als der nach den ersten Aufnahmen (56⁰/₀ — 10⁰/₀).

Im Resümee am Schluß seiner Arbeit sagt der Verf. unter 1.: Die Verhältniszahl der Geisteskranken zur allgemeinen Bevölkerung ist viel größer, als die meisten Statistiker bisher angenommen haben, aber die Zunahme in der Verhältniszahl der Geisteskranken ist viel geringer, als bisher bestimmt wurde. — Der letzte Teil dieses Satzes ist nach Vorstehendem richtig, der erste Teil irrtümlich, da er auf der Gleichstellung des Bestandes mit den zehnjährigen Aufnahmen in Berechnung zur Bevölkerung beruht.

Verhältnis der Geisteskranken bei Eingeborenen und bei Eingewanderten. Nach Pratt kam in den Vereinigten Staaten 1880 ein Geisteskranker bei Eingeborenen auf 662 Einwohner, bei Eingewanderten auf 250 Einwohner. Nach demselben findet auch eine bedeutende Zunahme der Geisteskranken aus der eingewanderten Bevölkerung statt. Ferner gibt Dorn für Connecticut den Prozentsatz der ausländischen Geisteskranken von der Gesamtzahl der Geisteskranken auf 29⁰/₀, für 1890 auf 39⁰/₀ an.

Verf. gelangt zu folgenden Zahlen:

	Zahlen d. Geisteskr.		Prozentsatz		ein Geisteskr. auf gesunde Einwohner	
	Eingeb.	Ausländ.	Eingeb.	Ausländ.	Eingeb.	Ausländ.
1. Per.	905	516	63,7 ⁰ / ₀	36,9 ⁰ / ₀	544	251
2. Per.	1635	1051	60,8 ⁰ / ₀	39,2 ⁰ / ₀	344	175
3. Per.	2146	1404	60,4 ⁰ / ₀	39,6 ⁰ / ₀	312	169

Nach der zweiten Abteilung liefern die Eingewanderten einen bedeutenden Anteil an der Gesamtzahl der Geisteskranken von Connecticut. Dieser hat von der ersten bis zur zweiten Periode merkbar zugenommen. Die dritte Abteilung zeigt eine verhältnismäßig bedeutend größere Zahl zur Bevölkerung bei Ausländern als bei Eingeborenen. In der ersten Periode verhalten sich die Eingeborenen zu den Ausländern = 100 : 46, in der zweiten = 100 : 51, in der dritten wie 100 : 54. Der Sinn dieser Zahlen ist: ein Geisteskranker kommt bei Eingeborenen auf 100 Eingeborene, bei Ausländern auf 54

Ausländer, so daß die niedrigere Ziffer eine größere Zahl von Geisteskranken anzeigt. Aus der wachsenden Zahl der Ziffer für Ausländer, 46, 51, 54 folgt daher, daß die Zunahme der Geisteskranken bei den Ausländern verhältnißmäßig nicht so groß gewesen ist, als bei den Einheimischen, besonders von der ersten bis zweiten Periode.

Der zweite Satz des Resümees lautet: Das fremdländische Element unserer Bevölkerung zeigt eine viel größere Verhältniszahl der Geisteskranken als das einheimische. Die Zahl der einheimischen Geisteskranken ist jedoch auch zu einer beträchtlichen Höhe angewachsen, jedoch nicht in demselben Verhältnis, als die der fremden. Der letzte Absatz muß nach dem obigen auf seine richtige Bedeutung zurückgeführt werden.

Verhältnis der Geisteskranken nach Stadt und Land.

Verf. zitiert Toulouse und Guislain, die ein Übergewicht der Geisteskranken für die Städte finden. Für Connecticut sind als Stadt die Orte über 8000 Einwohner, als Land die Orte unter 8000 Einwohner gerechnet. Danach liegen folgende Zahlen des Verf.s vor:

	Zahl der Geisteskranken		Verhältnis zur allgem. Bevölkerung	
	Land	Stadt	Land	Stadt
I. Periode	659	691	516	409
II. Periode	1109	1431	330	265
III. Periode	1302	1961	303	261

Die Gesamtzahl der Geisteskranken beträgt hier nur 7153 (gegen 7657 oben). Die Städte liefern absolut und relativ namhaft mehr Geistesranke als das Land. Nimmt man die Einwohnerzahl des Landes, auf die ein Geisteskranker kommt, = 100, so war diese Zahl in den Städten in der I. Periode = 79, in der II. = 80, in der III. = 86. Es haben sich also die Gegensätze mehr genähert, besonders von der II. zur III. Periode, d. h. die Zunahme in den Städten war geringer, die des Landes stärker.

Der dritte Satz des Resümees: Die Städte zeigen einen viel größeren Prozentsatz der Geisteskranken als das Land, aber die Geisteskranken nahmen auf dem Lande in den letzten Jahren zu — ist demnach in den Zahlen begründet.

Wenn man weiter die Geisteskranken in Stadt und Land, je nach Eingeborenen und Eingewanderten und nach dem Prozentsatz beider zu einander ordnet, so ergeben sich folgende Zahlen:

	Land		Stadt	
	Eingeborene Prozent	Fremdländer Prozent	Eingeborene Prozent	Fremdländer Prozent
I. Periode	70,4	29,6	59,0	40,9
II. Periode	69,1	30,9	55,0	45,0
III. Periode	68,2	31,3	55,8	44,8
Summa	69,2	30,8	55,8	44,2

Die Eingewanderten machen also einen großen Teil von der Gesamtzahl aus, in den Städten (44,2) einen namhaft größeren, als auf dem Lande (30,8). Auf dem Lande nehmen die ausländischen Geisteskranken von der I. Periode zur II. Periode um 1,3%, von der II. bis zur III. Periode 0,4% im ganzen um 1,7% zu. In den Städten sind diese Sätze 4,1% bis 0,2%, 3,9%. In den Städten ist demnach die Zunahme der ausländischen Geisteskranken merkbar größer, beiderseits, auf dem Lande und in den Städten fällt die größte resp. alleinige Zunahme auf die Zeit von der I. bis II. Periode, und zwar in höherem Grade bei den Städten. — Da gegenüber dieser Zunahme der Ausländer auf dem Lande und in den Städten in der I. bis II. Periode, die Zunahme aller Geisteskranken auf dem Lande wesentlich von der II. bis III. Periode stattfindet, so konnte diese Zunahme (auf dem Lande) nicht allein von der Einwirkung dieser ausländischen Geisteskranken herrühren.

Der vierte Satz des Resümees heißt: Die verhältnismäßig große Zahl der Geisteskranken in den Städten rührt her von den Eingewanderten der Städte, so daß mit der Zunahme der Eingewanderten auf dem Lande auch hier eine Zunahme der Geisteskranken stattfindet. — Die letztere Folgerung ist nach Vorstehendem nicht statthaft. Daß ferner die größere Zahl der Geisteskranken in den Städten nur von den Eingewanderten herrühre, ist bei Vergleichung der Prozentsätze nicht wahrscheinlich.

Es ist auch noch zu erwägen, daß die Staatsanstalt zu Middletown, deren Aufnahmen allein benutzt sind, nur ca. 85% der Aufnahmen des Landes zählt, und daß die ausländischen Geisteskranken hier annähernd alle eingeschlossen sind. Bei Berücksichtigung aller Anstalten des Landes würde daher die Einheimischen mehr vertreten sein. Ferner würden bei Scheidung der Geisteskranken nach Geschlechtern vielleicht Modifikationen in der Zahl der Ausländer eintreten. Die ausländischen Geisteskranken und entsprechenden Bevölkerungen zeigen folgende Prozentsätze:

	Geisteskranke	Bevölkerung	Prozentsätze der Bevölkerung zu Geisteskranken
Irländer.....	57,25	39,06	1,46
Engländer.....	9,45	10,05	0,90
Deutsche.....	13,0	14,2	0,91
Franzosen.....	0,70	1,0	0,70
Russen	1,75	3,1	0,56
Schweden	5,25	5,5	0,95
Italiener	1,95	3,3	0,60
Andere Länder ...	10,55	22,7	0,46

Nach der vorstehenden Tabelle liefern die Irländer verhältnismäßig die größte Zahl von Geisteskranken im Vergleich mit den andern Ausländern, was dem Verhalten ihres Heimatlandes entspricht. Die Engländer (0,90), Deutschen (0,91), Schweden (0,95) verhalten sich in sehr abgeschwächtem Grade

umgekehrt wie ihre Heimatländer. Die übrigen: Franzosen, Russen, Italiener stellen zu geringe Bevölkerungsanteile, um in der Zahl der Geisteskranken Regelmäßigkeit erwarten zu lassen. Doch haben die beiden letzten Nationalitäten auch in ihrer Heimat niedrige Zahlen von Geisteskranken.

Verf. bringt noch eine weitere Tabelle über das Verhalten der einzelnen Nationen nach den verschiedenen Zeitperioden. Danach nehmen im Verhältnis zum betreffenden Bevölkerungsanteil die Eingeborenen und die Deutschen von der I. bis zur III. Periode stetig zu, während die Irländer, Engländer, Franzosen und Schweden in der mittleren Periode (1880—90) die größte Anschwellung zeigen.

Als Grund dafür, daß die Eingewanderten in Connecticut in größerer Zahl erkranken als in ihrer Heimat, gibt Verf. die Schwierigkeit der Akklimatisation an. Ferner meint er, daß die Einwanderer zum Teil nicht die Kräftigsten ihrer Nation darstellen, sondern vielfach Arme und Kränkliche. Man wird allerdings wohl annehmen können, daß ein Teil der Eingewanderten durch ihre psychische Minderwertigkeit, selbst Geisteskrankheit, aus ihrer Heimat vertrieben sind.

Nach Satz 5 des Resümees stellen die einheimischen Amerikaner den verhältnismäßig geringsten Satz, von den Ausländern die Iren bei weitem den größten Satz von Geisteskrankheit. Letzteren folgen zunächst die Deutschen. Im allgemeinen zeigen die Ausländer den größten Prozentsatz an Geisteskranken in der mittleren Periode (1880—90). — Zum letzten Satz ist zu bemerken, daß die Deutschen ebenso wie die einheimischen Amerikaner, gleichmäßig von der I. bis III. Periode zunehmen.

Bei der Untersuchung der Ausländer nach Stadt und Land liefern im allgemeinen die Städte vielmehr Geisteskranke als das Land. Im Jahre 1880 stellten die Iren 20% aller Geisteskranken vom Lande her, 29,4% von den Städten, im Durchschnitt 25%, ebenso lieferten die Deutschen verhältnismäßig vielmehr städtische als ländliche Geisteskranke.

Von den beiden größten Städten Hartford und New Haven stellt erstere verhältnismäßig mehr einheimische Geisteskranke als letztere. Ihre Zahl ist in der mittleren Periode am geringsten. In beiden Städten haben ferner die irischen Geisteskranken, dann auch die andern ausländischen höhere Ziffern, als in den andern Städten.

Bei den einzelnen acht Grafschaften des Landes finden sich Schwankungen in der Zahl der Geisteskranken, sowohl bei der einheimischen als ausländischen Bevölkerung.

12. Anstaltswesen.

Ref.: **Heinr. Laehr-Zehlendorf.**

Juliusberger, Otto, Dr., Zur sozialen Bedeutung der Geisteskrankheiten. Ein allgemeinverständlicher Aufsatz. Berlin 1903. Verlag von Roselowski, Berlin. (20 Pf.).

Eine klar und gefällig geschriebene Schrift, der eine weite Verbreitung zu wünschen ist. Namentlich wird der Alkohol als Ursache hervorgehoben und begründet.

Morel, Jules, Compte-rendu du Congrès international de l'Assistance des Aliénés (1902). Ann. méd.-chirurg. du Hainaut. 1903.

Kurze Inhaltsangabe der auf dem Kongreß gehaltenen Vorträge mit Anführung der Beschlüsse.

Morel, Jul., La situation financière des asiles D'aliénés. Anvers 1902. (Internat. Kongr. f. Irrenfürsorge).

Eine finanzielle Statistik französischer Anstalten ergibt ein so außerordentlich günstiges Resultat, nicht zum wenigsten infolge der Arbeit der Kranken und infolge der Pensionärabteilungen, daß die Forderung auch aus diesem Grunde erhoben werden kann, Belgien möge seine Anstalten nicht Klöstern oder Privatpersonen übergeben, sondern in eigener Regie verwalten lassen.

Pecters, Les progrès de l'organisation des asiles d'aliénés en Écosse. Bull. de la Soc. de Méd. Ment. de Belg. April.

Verf. bespricht als solche Fortschritte die Trennung der Anstalten in Hospital (für besonders pflege- und überwachungsbedürftige Kranke) und Asyl (für chronische Kranke), wozu in Perth und Inverness noch ein besonderer Teil für Rekonvaleszenten kommt, ferner die Einrichtung von besonderen Pavillons für Infektionskranke, zumal Tuberkulöse; und vor allem die Schaffung von Irrenabteilungen an Krankenhäusern größerer Städte, von der Verf. sich erhebliche Vorteile verspricht.

Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Von Dr. G. Kolb-Bayreuth.

Mir liegen drei Lieferungen vor, die zweite enthält statistische Grundlagen, die Grundzüge und Dauer des Programms, die Berechnung des Be-

darf es an Plätzen, eine Heil- und Pflegeanstalt für 500 Kranke. Die dritte Lieferung enthält die Ziele der praktischen Psychiatrie, die Mittel zu deren Erreichung, deren Vereinigung in der Irrenanstalt, äußere Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Anstalt, eine Heil- und Pflegeanstalt für 600 Kranke. Die vierte Lieferung enthält die Irrenanstalt in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, eine Heil- und Pflegeanstalt für 700 Kranke. Dies Heft ist unter Mitarbeit von *Franz Fischer* entstanden. Diese drei Hefte sind mit 20 gut ausgeführten Originalentwürfen versehen.

Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). Rapport de M. le Dr. *Lwoff*, Montevrain, 1902. 74 Seiten. 4^o.

Eröffnet 1. Juni 1900 hatte sie 1900 100 Kranke, 1901 162 Kranke. Wohltat für die Kranken wie für das Land. Kein Unfall geschehen. In acht Unterabteilungen gibt der Verf. Auskunft. 1. Reinseignements statistiques; 2. Installation d'une colonie d'hommes; 3. Installation matérielle; 4. Hygiène et alimentation; 5. Vie du malade à la colonie; 6. De l'origine de l'assistance familiale; 7. Du choix des malades; 8. De l'organisation médicale. 78 Familien haben ein Zimmer für zwei, fünf für einen Kranken.

Bericht des Magistrats zu Berlin über das städtische Irrenwesen pro 1901.

In Dalldorf: Bestand am 1. April 1901 2878 (1514 M. 1364 Fr.), Zugang 1579 (1076 M. 503 Fr.), Abgang 1332 (881 M. 451 Fr.), blieben 3125 (1709 M. 1416 Fr.), darunter in der Hauptanstalt Dalldorf 1567 (909 M. 658 Fr.), in den Filialen 1295 (638 M. 657 Fr.), in Familienpflege 263 (162 M. 101 Fr.). Im Krankenbestande blieben von Paralytischen 444 (306 M. 138 Fr.), Epileptische 117, chron. und akute Alkoholisten 297. Von der Charité wurden überwiesen 524, von der Deputation 79, von der Armen-direktion 136, von der Direktion 840. Von den neu Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 368. Entlassen geheilt oder gebessert 650 (455 M. 195 Fr.), ungeheilt 214 (167 M. 47 Fr.), gestorben 468 (259 M. 209 Fr.). Es starben an Herzlähmung 137, an Lungentuberkulose 37, an Krebs 8, an Eiterfieber 20, an Krämpfe 25, an Suicid 5.

In Herzberge: Bestand 1158 (663 M. 495 Fr.), Zugang 1507 (1117 M. 300 Fr.), Abgang 1485 (1100 M. 384 Fr.), blieben 1180 (679 M. 501 Fr.). In Familienpflege blieben 161 (97 M. 64 Fr.), in Privatanstalten 556 (306 M. 250 Fr.). Mit Paralyse blieben 99 (58 M. 41 Fr.). Geheilt und gebessert entlassen 794 (624 M. 170 Fr.), ungeheilt 484 (374 M. 110 Fr.), gestorben 207 (103 M. 104 Fr.). Es starben an Herzleiden 94, an Lungenschwindsucht 23, an Lungenentzündung 43, an Suicid 1.

Wuhlgarten: Bestand 1031 (630 M. 401 Fr.), Zugang 483 (352 M. 131 Fr.), Abgang 437 (326 M. 111 Fr.). Bestand blieb 1077 (656 M. 421 Fr.).

Es waren in der Abteilung für Erwachsene 970, im Kinderhause 78, in Privatanstalten 27, in Privatpflege 2. Es schieden aus durch Entlassung 389, durch Tod 48.

Bericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses vom 21. Januar 1903.

In Eberswalde war am 1. April 1901 Bestand 761 (380 M. 381 Fr.). Zugang 249 (133 M. 116 Fr.), Abgang geheilt oder gebessert 98 (43 M. 55 Fr.), ungeheilt 5 (4 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 40 (31 M. 9 Fr.), gestorben 84 (54 M. 30 Fr.), blieben 783 (381 M. 402 Fr.).

In Sorau: Bestand 675 (314 M. 361 Fr.), Zugang 140 (80 M. 60 Fr.). Abgang geheilt oder gebessert 73 (43 M. 30 Fr.), ungeheilt 7 (3 M. 4 Fr.), in andere Anstalten 2 Fr., gestorben 46 (28 M. 18 F.), blieben 687 (320 M. 367 Fr.).

Landsberg a. W.: Bestand 723 (379 M. 344 Fr.), Zugang 189 (103 M. 86 Fr.), Abgang geheilt oder gebessert 67 (37 M. 30 Fr.), ungeheilt 10 (9 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 5 (3 M. 2 F.), gestorben 63 (29 M. 34 Fr.), blieben 767 (404 M., 363 Fr.).

Neu-Ruppin: Bestand 1127 (617 M. 510 Fr., Zugang 442 (255 M. 187 Fr.), Abgang geheilt oder gebessert 118 (70 M. 48 Fr.), ungeheilt 13 (10 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 26 (18 M. 8 Fr.), gestorben 122 (59 M. 63 Fr.), blieben 1290 (715 M. 575 Fr.).

Wittstock: Bestand 199 (122 M. 77 Fr.), Zugang 11 (6 M. 5 Fr.), Abgang ungeheilt 4 M., in andere Anstalten 3 Fr., gestorben 10 (3 M. 7 Fr.), blieben 193 (121 M. 72 Fr.).

Lübben: Bestand 359 (186 M. 173 Fr.), Zugang 56 (35 M. 21 Fr.), Abgang geheilt oder gebessert 2 M., ungeheilt 5 M., in andere Anstalten 22 (17 M. 5 Fr.), gestorben 20 (10 M. 10 Fr.), blieben 366 (187 M. 179 Fr.).

Potsdam, Wilhelmsstift: Bestand 220 (129 M. 91 Fr.), Zugang 88 (59 M. 29 Fr.), Abgang ungeheilt 35 (16 M. 19 Fr.), gestorben 9 (6 M. 3 Fr.), blieben 250 (152 M. 98 Fr.).

Anstalt für Epileptische: Bestand 303 (159 M. 144 Fr.), Zugang 115 (64 M. 49 Fr.), Abgang geheilt oder gebessert 36 (26 M. 10 Fr.), ungeheilt 14 (11 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 6 M., gestorben 19 (7 M. 12 Fr.), blieben 341 (173 M. 168 Fr.).

Durchschnittlich kostete ein Kranker 499 Mark.

Ein Wachaal mit Bettbehandlung leisteten viel bei Kindern, die Mädchen beruhigten sich eher als die Knaben. Dauerbäder waren bei den Knaben von Erfolg, ebenso die Beschäftigung bei den Kranken überhaupt.

Die Aufbesserung des Gehaltes für das Wartepersonal, die Gewährung von Familienwohnungen hat sich erprobt, in Lübben hatte die Gewährung von Dienstbroschen einen überraschenden Einfluß auf das weibliche Pflegepersonal.

Bericht der Provinzialanstalt zu Landsberg a. W. pro 1902. (Dir. Dr. Gock.)

Eröffnet April 1888 für 600 Kranke der 3. und 4. Klasse, Kosten pro Kopf 3280 M. Die früheren Isolierabteilungen dienen jetzt als Wachabteilungen. Die Nachtwachen werden vom Wartpersonal ausgeführt, das die Nacht wacht und am Tage dienstfrei ist. Das gesamte Personal wird dazu herangezogen. Dies hat sich bewährt. Seit Bestehen der Anstalt sind nur zwei Selbstmorde vorgekommen bei Unheilbaren ohne Verschulden des Personals. Die Abteilungen für Ruhige und Halbruhige sind nicht vergittert. Im Wirtschaftshof sind 10 Kranke. Bewirtschaftet werden 320 Morgen, worin der Bedarf an Gemüse erzeugt wird. 10 Pferde, 92 Kühe, 64 Schweine stehen im Stalle. Für Familienpflege ist die Gegend nicht günstig. Bestand Anfang 1902 746 (390 M. 356 Fr.), Zugang 232 (121 M. 111 Fr.), Entlassene 134 (72 M. 62 Fr.), gestorben 70 (38 M. 32 Fr.), blieben 774 (401 M. 373 Fr.), 11 Entweichungen. Dem Direktor und Oberarzt wurden die Mittel zur Verfügung gestellt, um in Antwerpen dem internationalen Kongreß für Familienpflege beizuwohnen. Eine Tafel gibt eine Skizze der Baulichkeiten.

Schweizerhof, Privatheilanstalt für Nerven- und psychisch Kranke weiblichen Geschlechts. Dritter Bericht. 50 Jahre nach seiner Gründung 17. Dez. 1853 bis 17. Dez. 1903. Geschichte, Beschreibung, wissenschaftliche Beiträge. Mit 14 Tafeln in Dreifarbendruck, 10 Grundrisse und 1 Lageplan. Berlin, Druck und Verlag von Georg Reimer, 1903, 4^o.

Die vorliegende Schrift bringt vier Abhandlungen. Die erste von Dr. *Heinrich Laehr* gibt Auskunft über die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland und die seiner Anstalt, gibt Ratschläge aus seiner langen Erfahrung über die weiteren Fortschritte in der ärztlichen Behandlung der Psychischkranken und stellt die Disziplin in die Reihe der andern Disziplinen der inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe, mit um so größerem Rechte, als sie immer mehr Bedeutung für die staatlichen Verhältnisse gewinnt.

Der zweite Aufsatz von Dr. *Georg Laehr* gibt eine klare Übersicht über die inneren und äußeren Verhältnisse von Schweizerhof, wie sie jetzt mit Hilfe der neuesten Technik geworden sind, und zeigt, wie man hoffen darf, ein gutes Pflegepersonal für die Krankenpflege und für die psychisch Kranken zu gewinnen.

Der dritte Aufsatz von Dr. *Hans Laehr* bringt, gestützt auf zwei ausführliche Krankengeschichten, einen Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein.

Der vierte Aufsatz von Dr. *Arved Hohlfeld* teilt einen Fall von Stirnhirntumor mit und macht darauf aufmerksam, welche Schwierigkeiten die Diagnose bieten kann. Ein Bild des Gründers ist am Anfange des Buches und mag seinen Freunden willkommen sein.

Bericht der Anstalt zu Neu-Ruppin pro 1902. (Dir. Dr. *Selle*.)

Die kurze Vorgeschichte der Anstalt bezeugt, mit welchen Schwierigkeiten die Organisation einer neuen verbunden ist, zumal wenn bei der Eröffnung die Bauten noch nicht fertig sind, und wenn die Anstalt für 1600 Kranke bestimmt sein soll. Die Tuberkulösen sind in besonderen Abteilungen und haben auch besondere Gärten. Beständige Überwachung der hinfalligen und unreinlichen Kranken durch zahlreiches Wartpersonal eingeführt. Bettbehandlung und Dauerbäder auf der Überwachungsstation. Nur in einzelnen Fällen Einzelzimmer für beide Teile eine große Wohltat, nur bei 6 bis 10 Kranken für längere Zeit. Schädigender Einfluß der Gewohnheitsverbrecher. Die Nachtwachen haben im allgemeinen nur diesen Dienst, haben ruhig gelegene Räume außerhalb des Dienstes inne, der von 9 Uhr abends bis 6 Uhr früh dauert. Seit Eröffnung im Mai 1897 bis Ende 1902 sind 2554 Kranke aufgenommen, 1902 444. Unter den Abgängen 152 Verstorbene, 24 Entwichene. 143 Entlassene. Todesursache bei 38 Tuberkulose, Herzleiden 16. Drei illustrierte Tafeln erläutern die Baulichkeiten.

Bericht des städtischen Irrenhauses in Breslau pro 1902/1903. (Primararzt Dr. *Hahn*.)

Bestand 245 (134 M. 111 Fr.), Aufnahme 742 (505 M. 237 Fr.). Abgang 741 (510 M. 231 Fr.), blieben 246 (129 M. 117 Fr.). 552 erhielten unentgeltliche Pflege, Selbstkostenpreis 2,73 M. pro Tag und Kopf. Entlassen geheilt 226, gebessert 211, ungeheilt 197, gestorben 107. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 1 Tag 22, bis 2 Tage 19, bis 3 Tage 20, bis 5 Tage 27, bis 9 Tage 66, bis 14 Tage 79, bis 19 Tage 72, bis 24 Tage 35, bis 29 Tage 26, bis 39 Tage 27, bis 49 Tage 32, bis 74 Tage 76, bis 99 Tage 45, bis 149 Tage 71, bis 199 Tage 40, bis 299 Tage 55, bis 1 Jahr 34, bis 2 Jahr 44, darüber 1. Unter den Krankheitsformen sind mit Hysterie und Hysteroepilepsie 53, Neurasthenie 5, Erregungszustände 8, organische Gehirnkrankheiten 5, del. pot. 197, nicht geisteskrank 7.

Pflegepersonal vermehrt und in Einkünften verbessert, Nachtwachen geregelt, dennoch traten 85 aus. Kurs für Ärzte gehalten.

Bericht der Provinzialanstalt zu Leubus pro 1902/1903. (Dir. Dr. *Alter*.)

Bestand 280 (151 M. 120 Fr.), Aufnahme 134 (71 M. 63 Fr.), Abgang genesen 18 (8 M. 10 Fr.), geb. 39 (20 M. 19 Fr.), ungeheilt 16 (11 M. 5 Fr.), nicht irre 2 M., gest. 27 (14 M. 13 Fr.), blieben 312 (167 M. 145 Fr.). Etatsmäßige Belegung 290 Kranke. Heredität bei 40 %. Krankheitsursache bei den Aufgenommenen bei 12 Alkohol, bei 8 Kopfverletzung, bei 4 Lues. an Paralyse litten 20 (17 M. 3 Fr.), 14 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 15. Bericht darüber. Todesursache bei 3 Lungenentzündung, bei 9 Tuberkulose.

bei 3 Herzleiden. 7 Entweichungen vom Gute. Dauerbäder und feuchte Einpackungen. Ausgaben 204330 M.

In der Pensionsanstalt blieben 1903 61 (29 M. 32 Fr.).

Bericht der Provinzialanstalt zu Bunzlau pro 1902/3. (Dir. Dr. Stöver.)

Bestand 665 (384 M. 281 Fr.), in der Anstalt 640, in Familienpflege 25, Aufnahme 102 (55 M. 47 Fr.), entlassen nicht irre 2 M., geheilt 6 (2 M. 4 Fr.), geb. 19 (8 M. 11 Fr.), ungeheilt 23 (14 M. 9 Fr.), gest. 48 (24 M. 24 Fr.), blieben 669 (389 M. 280 Fr.). Bei 50 % Heredität. Bei Paralyse in $\frac{1}{3}$ Syphilis nachweisbar. An Tuberkulose starben 20 %. Mehrere Fälle von Typhus. 9 Entweichungen. Ausgaben 287223 M.

10. Bericht der Provinzialheilanstalt zu Freiburg, Schles., pro 1902. (Dir. Dr. Buttenberg.)

Vier Räume für Wachstuben. Selten Isolierung. Bestand 665 (321 M. 344 Fr.), Aufnahme 74 (30 M., 44 Fr.), Abgang geheilt 2 Fr., gebessert 10 (3 M. 7 Fr.), ungeheilt 11 (5 M. 6 Fr.), gestorben 47 (21 M. 26 Fr.), davon 1 an Tumor cerebri. Am Schlusse des Jahres blieben 665. Ausgaben 247950 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Brieg pro 1901/2. (Dir. Dr. Petersen.)

Bestand 441 (195 M. 246 Fr.), davon beurlaubt 23 (8 M. 15 Fr.), Aufnahme 130 (74 M. 56 Fr.), davon vom Urlaub zurück 3 Fr., Abgang 107 (50 M. 57 Fr.), blieben 464 (219 M. 245 Fr.), davon beurlaubt 23 (12 M. 11 Fr.), mithin wirklicher Bestand 441 (207 M. 234 Fr.). Von der Aufnahme litten an Paralyse 19 (16 M. 3 Fr.), waren nicht irre 3 M. Krankheitsursache war bei 7 Kopfverletzung, bei 7 Syphilis, bei 4 Gefangenschaft, bei 4 Trunksucht, erbliche Einflüsse bei 64. Mit den Strafgesetzen in Konflikt 36. Berichte über die Fälle. Abgang: nichtirre 3 M., geheilt 16 (3 M. 13 Fr.), gebessert 23 (9 M. 14 Fr.), ungeheilt 13 (6 M. 7 Fr.), gestorben 52 (29 M. 23 Fr.). Aufenthaltsdauer der Geheilten unter 6 Monate bei 11, bis 12 Monate bei 3, bis 2 Jahre bei 2. Ein Gestorbener im 78. Jahre war 52 Jahre in der Anstalt. Es starben an Herzlähmung 4, an Tuberkulose 7, an Nierenentzündung 5. Schlundsonde bei 6 Männern und 15 Frauen nötig. 12 Entweichungen, davon 6 aus der Kolonie in Briegisdorf, wo die Zahl 95 beträgt, $\frac{2}{3}$ davon arbeitsfähig. Ausgaben 182553 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Rybnik pro 1902. (Dir. Dr. Zander.)

Bestand 721 (383 M. 338 Fr.). Bei der Rudamühle wurde ein Landhaus im Barackenstil für arbeitende Männer erbaut und deren Haus für arbeitende

Frauen (Melken und Flickstube) eingerichtet. Wassernot. Breslau schiebt unruhige und viel tuberkulöse in die Anstalt ab. Englischer Wachdienst. Schwierigkeiten der Familienpflege. Aufgenommen 246 (95 M. 151 Fr.), entlassen 140 (58 M. 82 Fr.), gestorben 49 (18 M. 31 Fr.), blieben 778 (402 M. 376 Fr.). Von den Aufgenommenen waren 55 mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen, 7 Fälle zur Beobachtung näher mitgeteilt, 15 Entweichungen. unter den 246 Aufnahmen 33 (19 M. 14 Fr.) mit Paralyse. Abgang: geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), gebessert 48 (25 M. 23 Fr.), ungeheilt 70 (23 M. 47 Fr.), nicht irre 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 49 (18 M. 31 Fr.). Bei einigen Frauen war Zwangsfütterung nötig. Ausgaben 394636 Mark.

Bericht der Provinzialanstalt zu Hildesheim 1902/3. (Dir. Dr. Gerstenberg.)

Bestand 731 (406 M. 325 Fr.), Aufnahme 192 (105 M. 87 Fr.), Abgang geheilt 29 (15 M. 14 Fr.), geb. 26 (14 M. 12 Fr.), ungeheilt 88 (49 M. 39 Fr.), nicht irre 1 M., gest. 77 (37 M. 40 Fr.), blieben 702 (395 M. 307 Fr.). Unter der Aufnahme mit Paralyse 28 (22 M. 6 Fr.); Krankheitsursachen der Aufnahmen: Heredität bei 56, Trunksucht bei 18 (14 M. 4 Fr.), Syphilis bei 10, Trauma bei 3, Typhus bei 1. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Mon. 15, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 8, über 2 J. bei 1, unbekannt bei 1; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 14, bis 12 Mon. bei 7, bis 2 J. bei 2, länger bei 1. In Einum blieb Bestand 80. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag in der 1. Kl. 155 M., in der 2. 112 M., in der 3. 48 M. Von aktiven Soldaten fanden 13 Aufnahme, 4 zur Beobachtung. Todesursache bei 13 Lungentuberkulose, bei 8 Brustentz., Herzleiden 7, bei 2 Arteriosklerose, bei 2 Nierenleiden, bei 2 Typhus, bei 1 Suicid. Der Selbstmord geschah durch einen im Garten gefundenen Nagel.

Bericht der Provinzialanstalt Göttingen pro 1902. (Dir. Dr. Cramer.)

Die neue Dampfniederdruckheizung hat allen Anforderungen entsprochen, ebenso in den Neubauten das elektrische Nernstlicht. Das Beispiel des eigenartigen Ausbruches eines Kranken wird angeführt. 28 Entweichungsversuche. Die große Zahl geisteskranker Verbrecher macht 1,2% Isolierungen nötig. Ausgedehnter Gebrauch von Dauerbädern. Förderlich zeigten sich die Gratifikationen beim Wartepersonal. Die Unterbringung in Familienpflege hat sich erfreulich weiter entwickelt. In acht Orten wurden 54 Kranke verpflegt. Der Wachabteilung ist zuzuschreiben, daß es nur 2% Unreinliche gab. Zur Beobachtung waren 26 übergeben, deren Krankengeschichte kurz mitgeteilt wird. Besuche haben 1558 und zwar auf den Abteilungen stattgefunden. Bestand war April 1902 408 (264 M. 145 Fr.), Zugang 289 (164 M. 125 Fr.), Abgang geheilt 6 (3 M. 3 Fr.), geb. 71 (33 M. 38 Fr.), ungeheilt 89 (49 M. 40 Fr.), gest. 49 (37 M. 12 Fr.), nicht irre 14 (11 M.

3 Fr.), blieben 469 (205 M. 174 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 39 (26 M. 13 Fr.). Als Ursache angegeben 78mal Heredität, 10mal Lues, 22mal Alkohol, 18mal Kopfverletzung. Der Aufenthalt der Geheilten betrug bis 6 Monate. Tod durch Herzleiden 12mal, durch Tuberkulose 3mal.

Bericht der Provinzialanstalt zu Osnabrück pro 1902. (Dir. Dr. *Schneider*.)

Bestand 1. April 1902 399 (159 M. 240 Fr.), Zugang 142 (69 M. 73 Fr.). Abgang genesen 33 (15 M. 18 Fr.), geb. 32 (19 M. 13 Fr.), ungebessert 77 (31 M. 46 Fr.), nicht irre 4 M., gest. 32 (12 M. 20 Fr.), blieben 363 (147 M. 216 Fr.) Aufenthaltsdauer der Geheilten weniger als 6 Mon. bei 24, von 6—12 Mon. bei 4, länger als 1 J. bei 4. Bei einem Feuer in der benachbarten Provinzial-Hebammenanstalt zeigte sich die Anstaltsfeuerwehr als die erste und vortrefflichste Hilfe. Aufnahmezahl hoch und ebenso die Entlassung. Hoffnung auf einen Neubau für Männer. Familienpflege schwierig. Zur Beobachtung aufgenommen 10 Kranke. An Tuberkulose starben 6. Eine Entwichene blieb verschollen.

Bericht der Provinzialheilanstalt zu Lüneburg pro 1902/3. (Dir. Dr. *O. Snell*.)

Bestand 426 (220 M. 206 Fr.), Aufnahme 310 (133 M. 177 Fr.), entlassen geheilt 23 (12 M. 11 Fr.), geb. 39 (22 M. 17 Fr.), ungeheilt 29 (23 M. 6 Fr.), nicht irre 3 M., gest. 55 (29 M. 26 Fr.), blieben 587 (264 M. 323 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 28 (21 M. 7 Fr.); als Krankheitsursache bei 79 Heredität, Alkohol bei 7, Syphilis bei 7, körperl. Erkrankung bei 14, Trauma bei 17, Wochenbett bei 14. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 6 Wochen bei 20, bis 12 Mon. bei 1, über 2 J. bei 1, unbekannt bei 1; Aufenthaltsdauer unter 6 Wochen bei 2, bis 3 Mon. bei 15, bis 6 Mon. bei 5, bis 12 Mon. bei 1. Ausgabe 679 186 M. Das erste volle Betriebsjahr mit 752 Betten in 8 klinischen, 8 offenen und 4 geschlossenen Häusern. Zwei der offenen Häuser sind mit 42 Betten auf dem nahen Gute Wienebüttel. 4 Männer zur Beobachtung. Häufige Entweichungen, doch nur eine mit traurigem Ausgange. Es starben an paral. Anfällen 8, an Lungentuberkulose 6, an Lungenentz. 2, an Herzfehler 1, am Typhus 2, an Suicid 1. Lebhafter Wechsel des Pflegepersonals.

Bericht der Provinzialheilanstalt für Geistesschwache in Langenhagen b. Hannover pro 1902/3. (Dir. Dr. *Völker*.)

Bestand 701 (433 M. 268 Fr.), Aufnahme 72 (45 M. 27 Fr.), entlassen 62 (48 M. 14 Fr.), gest. 18 (12 M. 6 Fr.), blieben 693 (418 M. 275 Fr.), an Epileptischen 135. Abgang: gebessert 32 (26 M. 6 Fr.), nicht gebessert 30

(22 M. 8 Fr.). Todesursache in 8 Fällen Tuberkulose. Von den 154 verpflegten Epileptikern blieben im Berichtsjahr 39 ohne Anfälle. Die Kranken waren in 77 Abteilungen untergebracht, angestellt waren 135 Personen. unter ihnen für die Schule 3 Lehrer, 3 Lehrerinnen und 2 Kindergärtnerinnen für am Schlusse des Schuljahres vorhandene Kinder. Überfüllung. Ausgabe 328804 M., pro Kopf und Jahr 471 M. Dem Pflegepersonal wurde nach 10 Jahren Ruhegehaltsberechtigung zugestanden. Wechsel der Pflegerinnen groß, oft Eintritt ungeeignet, eine Erhöhung des Gehaltes nötig.

Berichte der Provinzialirrenanstalt zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Eickelborn pro 1901.

In ihnen war Bestand 2645, Aufnahme 717, Abgang: geheilt 102. geb. 119, gest. 131, blieben 1. April 1902 2602. 298 Anträge um Aufnahme mußten abgelehnt werden. Freijahr bewilligt 20. Von den Aufgenommenen erblich belastet 206. Der Bau einer neuen Irrenanstalt am 7. März 1902 beschlossen. Gesamtkosten pro Jahr und Kopf in Marsberg 582, in Lengerich 618, in Münster 623, in Aplerbeck 575, in Eickelborn 314 M. Das Anlagekapital ist dabei außer Betracht geblieben.

Marsberg. Bestand 504 (270 M. 234 Fr.), Aufnahme 168 (95 M. 73 Fr.), Abgang: beobachtet 2 (1 M. 1 Fr.), geheilt 49 (22 M. 27 Fr.), geb. 37 (20 M. 17 Fr.), ungeheilt 47 (28 M. 19 Fr.), gest. 23 (12 M. 11 Fr.), blieben 514 (282 M. 232 Fr.). Unter den Aufgenommenen 8 M. mit Paralyse. Es starben an Lungentuberkulose 2, an Krebs 1, an Nephritis 1. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 15, bis 3 Mon. bei 14, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 J. bei 4, unbekannt bei 4. Deren Aufenthaltsdauer bei 16 bis 3 Mon., bei 16 bis 6 Mon., bis 1 J. bei 8, über 1 J. bei 9.

Lengerich. Bestand 468 (244 M. 224 Fr.), Zugang 155 (85 M. 70 Fr.), Abgang: beobachtet 3 M., geheilt 12 (6 M. 6 Fr.), geb. 29 (14 M. 15 Fr.), ungeheilt 27 (16 M. 11 Fr.), beurlaubt 5 (3 M. 2 Fr.), gest. 22 (11 M. 11 Fr.), blieben 525 (276 M. 249 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 12 (11 M. 1 Fr.), mit Del. pot. 3, mit Heredität 65. Todesursache bei 1 Herzschwäche, bei 3 Tuberkulose, Nephritis bei 1, Karzinom bei 1, Decubitus bei 2. Durch Neu- und Umbauten wurde die Bergungsfähigkeit um 95 Plätze erhöht. 39 Aufnahmeanträge mußten abgelehnt werden. Krankheitsursache bei den Aufgenommenen war 18mal Trunksucht der Eltern, Trunksucht 8mal, Lues 1mal, Kopfverletzung 3mal, Haft 3mal. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 1 bis 4 Wochen, bei 1 bis 3 Mon., bei 5 bis 6 Mon., bei 2 bis 1 J., bei 1 bis 3 J., länger bei 2; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 4, bis 1 J. bei 4, bis 2 J. bei 1. Am Schlusse waren 10 in Familienpflege. Im Bau fertiggestellt: die beiden Aufnahmeabteilungen, der Festsaal, die Leichenkapelle, das elektrische Maschinenhaus, Beamten Doppelhaus, die Direktorwohnung.

Münster. Bestand 458 (223 M. 235 Fr.), Zugang 174 (84 M. 90 Fr.), Abgang: beobachtet 11 (9 M. 2 Fr.), geheilt 18 (8 M. 10 Fr.), geb. 14 (11 M. 3 Fr.), ungeheilt 55 (42 M. 13 Fr.), gest. 18 (11 M. 7 Fr.), blieben 512 (224 M. 288 Fr.). Unter den Aufnahmen waren 64 erbliche Fälle. Todesursache bei 1 Tuberkulose, bei 3 Lungenentz., bei 1 Herzleiden. Aufnahme abgelehnt in 70 Fällen. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), an Trunksucht 12, an Lues 2, an Kopfverletzung 4. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 4 Mon. bei 3, bis 6 Mon. bei 2, bis 8 Mon. bei 3, bis 10 Mon. bei 1, bis 12 Mon. bei 1, über 1 J. bei 8. Eröffnet eine Aufnahme- und Wachabteilung für 48 M., eine für halbbruhige Kranke für 40 M., für ruhige 40 M. Wohnhaus für Verwalter und Geistliche.

Aplerbeck. Bestand 535 (274 M. 261 Fr.), Zugang 165 (87 M. 78 Fr.), Abgang: geheilt 22 (8 M. 14 Fr.), geb. 37 (18 M. 19 Fr.), beurlaubt 2 (1 M. 1 Fr.), beobachtet 19 (16 M. 3 Fr.), ungeheilt 44 (24 M. 20 Fr.), gest. 36 (25 M. 11 Fr.), blieben 542 (270 M. 272 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 21 (17 M. 4 Fr.), mit Del. pot. 1 M., nicht irre 9, erblich 56. Todesursache bei 1 Tuberkulose, Krebs bei 2, Pneumonie bei 8, Herzfehler bei 3, Suicid bei 1. Wegen Überfüllung mußten 137 Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Ausgesprochene Trunksucht lag bei 11 vor. Als Krankheitsursache bei 56 Heredität, Syphilis bei 7, Kopfverletzung bei 3, Unfälle bei 6, Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 2 bis 2 Mon., bei 1 bis 4 Mon., bei 3 bis 6 Mon., bei 2 bis 8 Mon., bei 4 bis 10 Mon., bei 3 bis 12 Mon., bei 7 länger. 11 Kranke sind in Familienpflege. Kosten pro Tag und Kopf 73 Pf.

Eickelborn. Bestand 500 (258 M. 242 Fr.), Zugang 55 (28 M. 27 Fr.), Abgang: geheilt 1 M., ungeheilt 2 (1 M. 1 Fr.), geb. 2 (1 M. 1 Fr.), in andere Anstalt 9 (3 M. 6 Fr.), gest. 32 (16 M. 16 Fr.), blieben 509 (264 M. 245 Fr.). Am Schlusse 11 (10 M. 1 Fr.) mit paral. Seelenstörung. 26% bettlägerig, 19% beschäftigt. 6 in Familienpflege.

Bericht der Heilanstalt Eichberg pro 1901/2. (Dir. Dr. Schroeter.)

Bestand 629 (322 M. 307 Fr.), Zugang 191 (115 M. 76 Fr.), Abgang 152 (96 M. 56 Fr.), blieben 668 (341 M. 327 Fr.). 15 Kranke wurden zur Beobachtung zugewiesen. Als Ursachen der Erkrankung bei 191 Aufgenommenen bei 15 Alkohol, bei 7 Lues, bei 2 Fall, bei 2 Schlag auf den Kopf, bei 5 Fallsucht, bei 1 Typhus, bei 1 Sonnenstich, bei 6 Straftaft, bei 64 Heredität nachweisbar. Abgang: geheilt 23 (10 M. 13 Fr.), geb. 38 (28 M. 10 Fr.), ungeheilt 30 (20 M. 10 Fr.), nicht irre 3 M., gestorben 58 (35 M. 28 Fr.). 7 Entweichungen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 15 weniger als 3 Mon., bei 7 bis 6 Mon., bei 1 mehr. Aufenthaltsdauer bei 6 bis 3 Mon., bei 6 bis 6 Mon., bei 7 bis 12 Mon., bei 4 darüber. Todesursache bei 7 Lungenschwindsucht, bei 10 Herzerkrankung. 54% der Wärter scheiden aus. Beschäftigt 68% M., 55% Fr. In Kolonie Wachholderhof 78 kranke M. 18% Fr. in Familienpflege.

Bericht der Anstalt Weilmünster pro 1902/3. (Dir. Dr. *Lantzius-Beninga*.)

Bestand 585 (274 M. 311 Fr.), Zugang 230 (123 M. 107 Fr.). Abgang: genesen 20 (11 M. 9 Fr.), geb. 37 (22 M. 15 Fr.), ungeheilt 15 (10 M. 5 Fr.), gestorben 64 (39 M. 25 Fr.). Unter den 230 Aufnahmen aus der Anstalt in Frankfurt 158, direkte Aufnahmen 72, mit Paralyse 28 (16 M. 12 Fr.), mit Alkoholismus 30. Erblichkeit in 45%. Die früher mit Syphilis Infizierten sind fast ausschließlich Paralytiker. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind 48. Es starben an Herzleiden 4, an Lungenentz. 11, an Tuberkulose 4, an Krebs 5. Anwachsen der verbrecherischen Kranken. In Bettruhe waren 57 M., 47 Fr. Chronisch Unreinliche 12 M., 18 Fr. Schlundsonde 10 mal. 8 Fälle von Kopfroße. Beschäftigt 80—90 M. u. 80 Fr.

Bericht der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. vom 1. Januar 1902 bis 31. März 1903. (Dir. Dr. *Sioli*.)

Bestand 1. April 1902 361 (201 M. 160 Fr.), Zugang 1018 (742 M. 276 Fr.), Abgang 1017 (738 M. 279 Fr.), blieben 362 (205 M. 157 Fr.). Von den 1018 Aufnahmen kamen in die Irrenabteilung 622, in die epileptische Abteilung 396, aufgenommen durch den Direktor 900, durch Polizei 105, durch Staatsanwaltschaft 11, durch Militär zur Beobachtung 2. An Alkohol-Psychosen aufgenommen 448, an Paralyse, seniler, reg. Gruppe 126 (87 M. 39 Fr.). Von 1017 Entlassenen sind 691 als genesen und gebessert entlassen. 68%. Nach Weilmünster wurden 158 Kranke überwiesen. Es starben 71 (44 M. 27 Fr.), an Tuberkulose 12, an Herzleiden 11. Die Filiale Prächtershof war mit 45, die Filiale Köppern mit 16 Kranken belegt.

Bericht der westpreußischen Provinzialanstalt Conradstein pro 1902. (Dir. Dr. *Kroemer*.)

Bestand 811 (397 M. 414 Fr.), aufgenommen 356 (184 M. 172 Fr.), in beiden 56 (39 M. 17 Fr.) mit Paralyse, 7 mit Alkoholismus, entlassen genesen 40 (16 M. 24 Fr.), geb. 47 (25 M. 22 Fr.), ungeheilt 35 (13 M., 22 Fr.), gest. 83 (39 M. 44 Fr.), blieben 962 (488 M. 474 Fr.), darunter mit Paralyse 29 (20 M. 9 Fr.). Im Laufe des Jahres waren 48 Zuchthäusler zu verpflegen und außerdem 56 Gefängnisgefangene und 20 Korrektionshäusler. Zwei neue Beobachtungs- und Überwachungsstationen mit je 4 Liegesälen zu 15 Betten und für je 15 Mann ein Isolierzimmer. Am Schlusse des Jahres waren 31 Familienpflegestellen mit 60 Kranken vorhanden. In der Anstalt kostet der Kranke 427 M., in der Familie 376 M. Aufenthaltsdauer der Genesenen bei 8 bis 3 Monate, bei 11 bis 6 Mon., bei 15 bis 1 Jahr, bei 5 bis 2 Jahr: Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 bis 1 Monat, bei 3 bis 2 Monate, bei 9 bis 3 Monate, bei 3 bis 6 Monate, bei 6 bis 1 Jahr, bei 7 bis 2 Jahr und darüber. Es starben an Lungenentzündung 7, an Phthisis 23, an Herz-

leiden 7, an Suicid 1. Letzteres betraf eine Frau im Wachsaal, in Gegenwart von 4 Wärterinnen, indem sie sich mit einem Knopfband des Bettüberzuges unter dem Bett ohne einen Laut strangulierte. Ausgabe 463161 Mark. Skizze des neuen Überwachungshauses.

Bericht der westpreußischen Provinzialanstalt zu Neustadt pro 1902. (Dir. Dr. *Rabbas*.)

Bestand 495 (243 M. 252 Fr.), Aufnahme 90 (46 M. 44 Fr.). Abgang 92 (38 M. 54 Fr.), blieben 493 (251 M. 242 Fr.). Seit Bestehen der Anstalt 10. Oktober 1883, sind gepflegt 2613 (1343 M. 1270 Fr.). Paralyse im Bestande 28 (27 M. 1 Fr.), mit Alkoholismus 5 M. Unter den Aufgenommenen 55mal Erblichkeit, mit dem Strafgesetz in Konflikt 21 Fälle. Entlassen geheilt 14 (7 M. 7 Fr.), geb. 17 (8 M. 9 Fr.), ungeheilt 17 (7 M. 10 Fr.), nicht irre 3 (2 M. 1 Fr.), gest. 41 (14 M. 27 Fr.). Todesursache bei 7 Tuberkulose, bei 7 Herzschwäche, bei 1 Suicid. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bei 9 1 Monat, bei 3 bis 6 Monate, bei 1 bis 1 Jahr, bei 1 2 Jahre und mehr. Aufenthaltsdauer bis 2 Monate bei 3, bis 3 Monate bei 2, bis 6 Monate bei 2, bis 1 Jahr bei 3, mehr bei 2. Bettlägerig durchschnittlich 153. Isolierungen nicht zu vermeiden. 7 Entweichungen. Es arbeiteten 37 0/0 Männer, 36 0/0 Frauen. Terrain 48 ha. Ausgaben 286912 Mark.

Bericht der Provinzialanstalt zu Dziekanka für 1902/3. (Dir. Dr. *Kayser*.)

Belegraum 650, Ende März 1903 736. Drei Dauerwachen konnten eingerichtet werden, prolongierte Bäder mit gutem Erfolge, Gebrauch der Narcotica gering, Wechsel der Hilfspfleger 50 0/0, der Hilfspflegerinnen 83 0/0. Bestand ausschließlich Beurlaubte 683 (346 M. 337 Fr.), Zugang 210 (97 M. 113 Fr.), Abgang Beurlaubter und endgültig 99 (57 M. 42 Fr.), entwichen 12 (9 M. 3 Fr.), gestorben 46 (20 M. 26 Fr.), blieben 736 (357 M. 379 Fr.). Abgang geheilt 30 (16 M. 14 Fr.), gebessert 31 (18 M. 13 Fr.), ungeheilt 47 (29 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 3 M. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 1 Monat bei 2, bis 3 Monate bei 8, bis 6 Monate bei 9, bis 12 bei 4, bis 2 Jahre bei 5, bis 5 Jahre bei 2. Todesursache bei 12 Pneumonie, bei 2 Karzinom, bei 11 Tuberkulose. Anstaltsgebiet 26 ha. Feuerversicherung 1614500 Mark, die des Inventars 324300 Mark. Kosten pro Kopf und Jahr 478 Mark.

Bericht der Provinzialanstalt zu Schwetz pro 1902. (Dir. Dr. *Schauen*.)

Bestand 464 (234 M. 230 Fr.), Aufnahme 52 (34 M. 18 Fr.), entlassen geheilt 8 (7 M. 1 Fr.), geb. 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gest. 31 (18 M. 13 Fr.), Untersuchungsgefangene 4 (2 M. 2 Fr.). Unter den Auf-

genommenen mit Paralyse 4 M., mit Familienanlage 32. Von den Geheilten litten an halluzinierter Verwirrtheit 4, an periodischem Irresein 2, an Hysterie 1, an Alkoholismus 1. Aufenthaltsdauer der Genesenen bis 2 Monate bei 4, bis 4 Monate bei 1, bis 7 Monate bei 1, bis 12 Monate bei 1, bis 2 Jahre bei 1. Todesursache bei 7 Herzleiden, bei 6 Tuberkulose, bei 4 Krebs. An Krankheiten litten 11 an Erysipel, 17 an Influenza, 26 an Wunden, 36 an Kontusionen, 8 an Erosionen, 3 an Othämatom, 1 an Schußverletzung, 44 an Furunkel, 5 an Phthisis, 6 an Pneumonie, 21 an Bronchitis. Ergebnis der zur Beobachtung übergebenen Kranken. Ausgaben 248329 Mark, pro Kopf und Jahr 449,93 Mark.

Bericht der Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau pro 1902.

Anfang 1902 Bestand 2281 (1117 M. 1164 Fr.), Aufnahme 635 (313 M. 322 Fr.), entlassen genesen 65, geb. 168, ungeheilt 84, gest. 191, nicht irre 5. In Familienpflege waren Ende 1902 49 Kranke.

Altenberg: Bestand 936 (478 M. 458 Fr.), Aufnahme 310 (136 M. 174 Fr.), entlassen 340 (152 M. 188 Fr.), blieben 906 (462 M. 444 Fr.). Anstaltsterrain 93 ha.

Kortau: Bestand 1037 (450 M. 587 Fr.), Aufnahme 325 (177 M. 148 Fr.). Abgang 365 (231 M. 134 Fr.), blieben 997 (396 M. 601 Fr.). Terrain 127 ha.

Tapiau: neue Anstalt, wohin übergeführt 192 Kranke, darunter 68 besonders gewalttätige und gemeingefährliche. Dazu aufgenommen 7, entlassen 7.

Bericht der Provinzialanstalt zu Owinsk pro 1902/3. (Dir. Dr. Werner.)

Bestand außer den Beurlaubten 699 (320 M. 379 Fr.), Zugang 159 (98 M. 61 Fr.), Abgang durch Beurlaubung und Entlassung 73 (45 M. 28 Fr.). Übersiedelung nach der Idiotenanstalt Kosten 15 Fr., entwichen 3 M., gestorben 50 (28 M. 22 Fr.), bleiben 717 (342 M. 375 Fr.). Von dem Bestande waren voraussichtlich heilbar 46, voraussichtlich unheilbar 581, nicht geisteskrank 2, mit dem Strafgesetz in Konflikt 53. Es gingen ab 1902 geheilt 22 (13 M. 9 Fr.), gebessert 39 (24 M. 15 Fr.), ungeheilt 24 (5 M. 19 Fr.), nicht irre 6, gest. 50 (28 M. 22 Fr.). Von den Geheilten Aufenthaltsdauer 1 bis 1 Monat. 1 bis 3 Monate, 11 bis 6 Monate, 8 bis 12 Monate, 1 bis 2 Jahre. Es starben an Tuberkulose 13, an Herzleiden 4, an Suicid 1. Areal 33 ha. Gebäude feuersichert mit 1514300 Mark, Inventar mit 386100. Beschäftigt 52 1/2 Männer, 69 % Frauen. Ausgaben 361730 Mark.

Bericht der Provinzialheilanstalt zu Schleswig pro 1902 3. (Dir. Dr. Kirchhoff.)

Bestand 821 (459 M. 362 Fr.), Aufnahme 344 (179 M. 165 Fr.), entlassen geheilt 29 (18 M. 11 Fr.), geb. 101 (53 M. 48 Fr.), ungeheilt 77 (39 M.

38 Fr.), gest. 94 (43 M. 51 Fr.), nicht irre 8 (6 M. 2 Fr.), blieben 856 (479 M. 377 Fr.). Von den Genesenen litten an Schwermut 21, an Tobsucht 8. Betreffs der Aufenthaltsdauer bei 11 in 3 Monaten, bei 10 in 6 Monaten, bei 7 in 12 Monaten, bei 1 bis 2 Jahre. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 23 (21 M. 2 Fr.); Ursache 143mal Familienanlage, 34mal deprimierte Gemütsaffektion, 6mal geistige Überanstrengung, 15mal Trunksucht, 2mal Kopfverletzung, 3mal Trauma, 6mal Lues, 2mal Typhus, 3mal Pneumonie, 4mal Influenza. Todesursache bei 1 Tumor cerebri, bei 14 Pneumonie, bei 10 Lungenphthise, bei 11 Herzleiden, bei 10 Erschöpfung, bei 2 Suicid. Der Tod der 12 Paralytischen erfolgte unter 1 bis 3 Jahre. Je mehr Zentren in der Provinz, je mehr Genesung, je weniger Pfleglinge. Begutachtet 9 Fälle, 2 weibliche und 5 männliche nicht geisteskrank. Die Zahl der irren Verbrecher war verdoppelt, sie gehören zum Anschluß an Strafanstalten. Ausgabe 562260 Mark.

Bericht der Provinzialheilanstalt der Rheinprovinz pro 1902 3.

Bestand 1. April 1902 3778 (1976 M. 1809 Fr.), Zugang 2384 (1345 M. 1039 Fr.), unter letzterem mit Paralyse 213 (149 M. 64 Fr.), mit Epilepsie 140, mit Del. pot. 37, nicht irre 51. Abgang genesen 482 (280 M. 202 Fr.), geb. 589 (335 M. 254 Fr.), ungeheilt 517 (283 M. 234 Fr.), gest. 530 (288 M. 242 Fr.), nicht irre 73 (65 M. 8 Fr.), blieben 3971 (2070 M. 1901 Fr.). Es starben an Krankheiten der Lunge 125 (67 M. 58 Fr.), an Herzleiden 63, an Unglücksfällen 1, an Suicid 5. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 509 M. 90 Fr. Vom Typhus wurden 12 befallen, bei der Hälfte konnte die Infektion nachgewiesen werden. In Andernach erkrankten 161 an der Influenza. An Tuberkulose litten 163, darunter in Merzig 78. Bei einem an Pleuresie gestorbenen Epileptiker fand sich in einem Ast der Luftröhre ein Stück einer Pfeifenspitze, und bei einer Patientin, die viel über Schmerzen im Kopf und rechten Arm geklagt, in der Leber mehrere eitrige Höhlen und darin ein annähernd 4 cm langes und 2 mm breites Stück einer Spiralfeder. 15 Entbindungen, davon in Grafenberg 6. Die Heredität schwankte zwischen 14 0/0 (Galkhausen) und 50 0/0. Mißbrauch geistiger Getränke mit 10 0/0 (Düren) und 25 0/0 (Galkhausen). Arzneien kosteten 31941 Mark und die Extraverordnungen 45241 Mark. Kosten pro Kopf und Jahr 745 Mark. Unterstützung Entlassener 7691 Mark. Für den Neubau der Provinzialheilanstalt Johannisthal bei Süchteln ist das Terrain mit 350000 Mark angekauft worden. Im Bewahrungshaus bei Düren sind 56 kranke Verbrecher verpflegt worden, Höchstbestand 40. Psychiatrische Kurse in Grafenberg und Bonn. Gesamtausgabe 2869921 Mark.

Bericht der Dr. Hertzschen Privatheilanstalt in Bonn von 1893 bis 1902. (Dir. Arzt Prof. Dr. Thomsen.)

Seit dem letzten Berichte ist der Zugang um ca. 18 Personen. der Abgang um ca. 22 gestiegen. Insgesamt wurden in den 10 Jahren 567 auf-

genommen, 542 entlassen. Die jährliche Aufnahme schwankte zwischen 41 und 74, der Abgang zwischen 37 und 69. Der Zugang betrug 225 Geistes- kranke, 342 sogen. Nervenkrankte. Die Zahl der letzteren wird mit jedem Jahre größer und ihr Verbleiben naturgemäß kürzer. An Suicid starben in dieser Zeit 6 (3 M. 3 Fr.), seit 1900 nicht mehr. Unter den 86 Paralytischen waren 5 Frauen, die meisten waren syphilitisch gewesen. Auffallend ausgesprochene Hysterie bei jüngeren und älteren männlichen Belgiern. Von den 542 Entlassenen konnten 60 % geheilt oder gebessert entlassen werden. 25 % ungeheilt und 15 % starben. An Um- und Neubauten hat es in der offenen wie in der geschlossenen Abteilung nicht gefehlt. Das Personal besteht jetzt aus 16 ständigen Wärtern und 30 ständigen Wärterinnen mit dem Spezialpersonal einzelner Kranken. In den erforderlichen Fällen, namentlich wenn mehrere suizidsüchtige Damen da sind, wird ein Tagesraum zu einem Wachsaal eingerichtet. Bei den Männern ist dies nicht nötig gewesen. Zahl der elektrischen Flammen ca. 200, in den Tagesräumen und Korridoren brennt Gas.

7. Bericht der evangelischen Heilanstalt „Der Tannenhof“ bei Lüttringhausen pro 1902/3. (Dir. Arzt Dr. *Beelitz*.)

Aufgenommen 157 (82 M. 75 Fr.), entlassen genesen 16, gebessert 27, ungeheilt 29, gestorben 46. Es genasen bis 1 Monat 2, bis 3 Monate 3, bis 6 Monate 4, bis 12 Monate 3, bis 17 Monate 4 Kranke. Es starben an Herzleiden 2, an Tuberkulose 4. Krankenbestand April 1902 333, 1903 371. Es entwichen 9.

Bericht von Stephansfeld-Hördl von 1902 03. (Dir. Dr. *Vorster*).

Überfüllung. Bestand 1432 (722 M. 705 Fr.), darunter mit Paralyse 77 (37 M. 40 Fr.), mit Del. potat. 40 (39 M. 1 Fr.). Aufnahmen 397 (189 M. 208 Fr.), darunter mit Paralyse 46 (27 M. 19 Fr.), mit Del. pot. 18 (15 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung 7 Kranke. Entlassen genesen 91 (38 M. 53 Fr.), geb. 66 (29 M. 37 Fr.), ungeheilt 105 (89 M. 23 Fr.), gest. 107 (55 M. 52 Fr.). Es starben an Tuberkulose 27, Krankheit der Atmungsorgane 36, Herzkrankheit 16, 173 Kranke beurlaubt. 2705 Besuche bei Kranken. An Areal besitzt die Anstalt 854 ar Gärten, 3216 ar Ackerland, 155 ar Wiesen. Ausgabe 662951 Mark.

Bericht der Bezirksanstalt Saargemünd für 1902. (Dir. Dr. *Dittmar*).

Bestand 618 (285 M. 333 Fr.), Aufnahme 234 (138 M. 96 Fr.), Abgang entlassen 139 (97 M. 42 Fr.), gest. 52 (24 M. 28 Fr.), blieben 661 (302 M.

359 Fr.), zur Beobachtung kamen 17, davon Militär 6. Beleganm 400. Einrichtung einer Aufnahme- und Wachstation. Im Anfangsbestande waren 29 (16 M. 13 Fr.) mit Paralyse, in der Aufnahme 32 (26 M. 6 Fr.) mit Paralyse und von 48 ist Alkohol als Ursache der Erkrankung angegeben. Bettbehandlung bei 16⁰/. Oft Dauerbäder. Beschäftigt 43⁰/. Beim Abgange genesen 52, geb. 55, in andere Anstalten 12, nach Hause 22, gest. 57. Todesursache bei 12 Lungentuberkulose, bei 15 Lungenentzündung, Herzfehler bei 2, Blutvergiftung bei 4, Typhus in 6 Fällen, von denen 1 starb. Ausgaben 325 194 M., pro Kopf 513 M.

Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1902. (Dir. Dr. Vooke).

Bestand 748 (369 M. 379 Fr.), Aufnahme 309 (198 M. 111 Fr.) entlassen genesen 27 (11 M. 16 Fr.), geb. 71 (36 M. 35 Fr.), ungeb. 128 (83 M. 45 Fr.), davon 16 in die eigene, 9 in fremde Familien, gest. 78 (48 M. 30 Fr.), blieben 745 (382 M. 363 Fr.), darunter mit Paralyse 100 (76 M. 24 Fr.), mit Del. pot. 30 (27 M. 3 Fr.), nicht irre 1 M. Forensische Fälle bei den Aufgenommenen 86, Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bei 5 bis 1 Mon., bei 12 bis 3 Mon., bei 2 bis 6 Mon., bei 1 bis 12 Mon., im 2. J. bei 2, über 2 J. bei 5. Es starben an Tuberkulose 10, an Herz- und Gefäßkrankheiten 13. Von 50 Pflegern trat 1 freiwillig und 1 temporär aus, 2 starben. Von 57 Pflegerinnen schieden 7 aus, darunter 1 in Pension nach 25jähr. Dienstzeit.

Bericht der Kreisanstalt Gabersee pro 1902. (Dir. Dr. Dees).

Neue Küche sehr praktisch. Bestand 531 (273 M. 258 Fr.), Aufnahme 215 (118 M. 97 Fr.), Abgang 146 (78 M. 68 Fr.), verblieben 600 (313 M. 287 Fr.). Von den Aufgenommenen waren 28⁰/. polizeilich überwiesen. Entlassen genesen 16, geb. 45, ungeb. 28, gest. 57. Krankheitsdauer der genesenen Männer vor der Aufnahme bei 4 bis 1 Mon., bei 1 bis 2 Mon., bei 1 bis 3 Mon., von den Frauen bei 7 bis 1 Mon., bei 1 bis 2, bei 1 bis 3, bei 1 bis 6 Mon. Aufenthaltsdauer durchschnittlich bei Männern 145 Tage, bei Frauen 98 Tage. Unter den letzteren eine Spätgenesung nach 5 Jahr und 7 Tagen. Todesursache bei 17 Tuberkulose, Lungenentzündung bei 2, Herzleiden bei 7, Typhus bei 2. Der letztere wird dem Boden zugeschrieben, da das Tonnensystem noch besteht. Daher wird eine 3 km entfernte Quelle hergeleitet und Schwemmkanalisation eingeführt werden. In den offenen Abteilungen waren 112 M. und 106 Fr., in den geschlossenen 135 M. und 125 Fr. Die Isolierung ist nicht entbehrlich, auch die Schutzjacke nicht. Für Narcotica wurden 51 Mark ausgegeben. Bettbehandlung mit Dauerbädern besonders wohlthätig bei Frischerkranken, Schlundsonde bei 5 M. und 6 Fr. nötig, 16 Entweichungen. Ausgabe 308 733 Mark.

Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1902. (Dir. Dr. Kraussold).

Bestand 601 (335 M. 266 Fr.), darunter mit Paralyse 34 (25 M. 9 Fr.), mit Del. potat. 3 M., aufgenommen 179 (111 M. 68 Fr.), darunter mit Paralyse 21 (18 M. 3 Fr.), Del. pot. 7 M. Entlassen geheilt 17 (8 M. 9 Fr.), geb. 68 (47 M. 21 Fr.), ungeb. 30 (17 M. 13 Fr.), gest. 42 (24 M. 18 Fr.), blieben 621 (349 M. 272 Fr.), darunter mit Paralyse 33 (25 M. 8 Fr.), an Delir. 2 M. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bei 7 bis 1 Mon., bei 4 bis 3 Mon., bei 2 bis 6 Mon., bei 1 bis 12 Mon., bei 2 bis 2 J., bei 1 bis über 2 J. Es starben an Tuberkulose 5, anderen Lungenkrankheiten 8, an Herzleiden 2. Ausgaben 365077 Mark. Überfüllung. Künstlich ernährt mußten 2 M. und 20 Fr. werden. 13 Entweichungen.

Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1902. (Dir. Dr. Herfeldt).

Am 28. Juni 1902 offizielle Eröffnung, nachdem am 1. Mai von Erlangen die ersten Kranken eingetroffen waren. Am Schlusse des Jahres 262 (128 M. 174 Fr.), aus Erlangen 248. Vom November an Neuaufnahmen 14. Mit Paralyse 11 (5 M. 6 Fr.). Es genesen 6 (4 M. 2 Fr.), entlassen geb. 9 (8 M. 1 Fr.), ungeh. 2 (1 M. 1 Fr.), gest. 7 (3 M. 4 Fr.), 32 Fluchtversuche. Wenige Männer, mehr Frauen mußten isoliert werden. Künstliche Ernährung bei einem Manne 61 Tage, bei 2 Frauen je 2 und 16 Tage hindurch. Für Männer eine Wachstation, bei Frauen zwei. Häufige Besuche der Kranken in den Besuchszimmern. In Beschäftigung 45% M., 40% Fr. In Bettruhe je 30% M. und 30% Fr. Das Wartepersonal hat guten Lohn.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1902. Leipzig 1902. 8°. 48 S.

In den vier Landesanstalten Sonnenstein, Untergöltzsch, Zschadras, Hubertusburg, in der Pflegeanstalt Colditz und in der Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen war der Bestand 4696 (2203 M. 2492 F.), in Sonnenstein 650, in Untergöltzsch 516, in Zschadras 541, in Hubertusburg 1539, in Colditz 616, Hochweitzschen 833 Kranke, also 1,1% im Staate. Aufgenommen 956 (502 M. 454 Fr.). Im Alter von 30—40 Jahren kamen die meisten in die Anstalt. Von der Aufnahme waren behaftet mit Paralyse 142 (108 M. 34 Fr.). Der Alkoholismus war bei 54 Zuführten Ursache der Geisteskrankheit, also bei 14,2%, aber die akuten Fälle pflegen nicht in die Irrenanstalt zu kommen. In Sonnenstein waren es 25%. Mit Lues behaftet waren 14,2% M., 2,50% Frauen. Abgang war 929 (493 M. 436 Fr.), davon abzuziehen sind 36, welche nur die Anstalt wechselten. Es blieben 4722 (2212 M. 2510 Fr.). Als genesen und gebessert sind angegeben 367 (175 M. 192 Fr.). Von den Epileptischen sind 6,8% als genesen angeführt. Ungebessert entlassen sind

192 (103 M. 89 Fr.) Es genasen binnen 3 Mon. 57, in 6 Mon. 86, in 1 J. 98, in 1 $\frac{1}{4}$ J. 34, in 2 J. 13, in 5 J. 29, in 10 J. 11, darüber 5. Es starben 303 (172 M. 131 Fr.). Todesursache war: Paralyse bei 87, Hirntumor bei 4, Herzleiden bei 17, Herzlähmung bei 15, Lungenschwindsucht bei 47, Nierenleiden bei 8, Krebs bei 8. Nur 2 Selbstmorde. Bewegung im Pflegepersonal nur gering, mehr bei den Pflegerinnen wegen Schwächlichkeit. Über Überfüllung der Anstalten, außer in Colditz, wird nicht geklagt, nur in den unruhigen Abteilungen. In Sonnenstein ein neues Gebäude für männl. Paralytiker und unsoziale Kranke, auch eine zentrale Waschanstalt. Auch in Zschadras ein Haus für 30 sicherungsbedürftige Frauen, ebenso in Untergöltzsch für 20 unruhige Frauen. In Hochweitzschen Bettbehandlung und Dauerbäder wohltätig.

In der Irrenanstalt zu Waldheim wurden 216 verpflegt, es blieben 190, bei denen halluzinatorischer Wahnsinn überwog.

Die Klinik in Leipzig hatte bei 170 Betten 388 männl. und 278 weibl. Kranke.

Im Irrensiechenhaus zu Leipzig wurden 450 (197 M. 253 Fr.) bis 1. Okt. 1901 verpflegt. Dann wurden die Kranken nach der Irren- und Siechenanstalt Dösen überführt, mit 23 ha Terrain, welche 4616232 Mark kostete. In der Irrenabteilung sind 648 Betten.

Das Stadtirrenhaus zu Dresden verpflegte bei 120 Betten 651 männl. und 351 weibl. Irre. Unter den 1002 Kranken waren 571 Irre, 289 Alkoholiker, 142 Nichtirre (Neurasthenie, Epilepsie etc.).

In den drei Privatanstalten zu Neu-Coswig, Möckern und Thonberg bei 205 Betten sind 149 M. und 114 Fr. verpflegt. In der Erziehungsanstalt für schwach sinnige Knaben zu Großhennersdorf waren am Schluß 251 Zöglinge, und in der für Mädchen zu Nossen 181.

In den Blödenanstalten zu Sohland a. R. und Siegmar waren 67 Knaben.

Bericht der Staats- und Privatanstalten in Württemberg pro 1901. Stuttgart 1903. 62 S. (Ref. Dr. Dietz).

Überfüllung. Nur 60% der Aufnahmegesuche konnten berücksichtigt werden.

I. In den vier Staatsanstalten Winnenthal, Schussenried, Ziefalten, Weißenau mit Belegraum für 1776 Kranke war Bestand Anfang 1901 1801 (958 M. 843 Fr.), Zugang 477 (264 M. 213 Fr.), Abgang 407 (227 M. 180 Fr.), blieben 1871 (995 M. 876 Fr.), davon Ausländer 26. Entlassen geheilt 57, gebessert 163, ungeheilt 106, gestorben 81. Auf Herzleiden kamen 30% der Todesfälle, auf Tuberkulose 25%.

II. Privatanstalten. 1. Göppingen unter Dr. G. Landerer mit 440 Kranken. 2. Pfullingen unter dir. Arzt Dr. Kölle mit 362 Kranken. 3. Rottenmünster mit barmherzigen Schwestern unter dir. Arzt Dr. Wieden-

mann mit 209 Kranken. Diese drei zur Aufnahme von Staatspfleglingen berechtigt. 4. Kennenburg unter Dir. Dr. P. Landerer mit 17 Kranken. 5. Ludwigsburg. Inhaberin Martha Krauß, Hausarzt Dr. Knapp mit 10 Kranken. 6. Beutelsbach: Inhaberin Wittwe Romberg, Hausarzt Dr. Kohlhaas mit 12 Kranken. 7. Grumbach: Inhaberin Wittwe Weegmann. Hausarzt D. Köstlin mit 6 Kranken. In Summa 1056 Kranke, darunter 630 Staatspfleglinge. Auch in den Privatanstalten ist die Zahl der freiwillig Eintretenden im Steigen begriffen, ebenso in beiden die Dem. paral. Ursache der 66 Todesfälle war bei 23% Herzleiden, 14% Tuberkulose, 3% Suicid. In der Kolonie zu Göppingen waren 25, in Pfullingen 23 Kranke. Skizze des neuen Überwachungshauses für unruhige weibliche (Kreis Winnenthal).

Pflegeanstalten für Epileptische und Schwachsinnige.

1. Stetten mit Filiale Rommelshausen. Platzmangel. Bestand Ende 1901 442. Aufgegeben die Behandlung mit Bromigin, ebenso die Hydrotherapeutische. 153 Angestellte. In der Ambulanz für Epileptische 71 behandelt.

2. Tettngang: Für 110 Epileptische. Bestand 52.

3. Liebenau: Für Unheilbare. Verpflegt wurden 469.

4. Mariaberg: Für Schwachsinnige und Epileptische. Bestand 146.

5. Heggbach: Für Unheilbare. Bestand 138 Kranke.

6. Hall: Für weibliche Blöde. Bestand 84.

Die Heilanstalt Weinsberg, Württ., von Dr. Dietz, mit 14 Abbildungen. Stuttg. 1903. 12 S. 4°.

Eröffnet am 23. November 1903 unter Dir. Dr. Kemmler für 500 Kranke. Neubau. 28 Gebäude. Areal 88 ha.

Bericht der Heilanstalt Sachsenberg b. Schwerin pro 1902. (Dir. Dr. Matusch.)

Bestand Anfang 1902 557 (287 M. 270 Fr.), darunter mit Paralyse 12 (9 M. 3 Fr.), aufgenommen 130 (71 M. 59 Fr.), darunter mit Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Abgang: genesen 16 (8 M. 8 Fr.), gebessert 41 (20 M. 21 Fr.), ungebessert 32 (16 M. 16 Fr.), gest. 41 (24 M. 17 Fr.), blieben 557 (290 M. 267 Fr.). Unter den 16 Genesenen waren 8 hereditär belastet, 4 nicht, bei 4 unbekannt. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bei 8 bis 1, bei 3 bis 3, bei 2 bis 6, bei 2 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 Jahre. Todesursache war Tuberkulose bei 7, Karzinom bei 3, Unglücksfall bei 1 auf der Eisenbahn bei gewohntem Spaziergange. 7 M. kamen zur Beobachtung, von denen 2 nicht geisteskrank waren. Freiwillig traten 2 Frauen ein. Ausgaben 359746 M.

Bericht der Heilanstalt Gehlsheim pro 1902. (Dir. Dr. Schuchardt.)

Bestand 1. Januar 1902 239 (127 M. 112 Fr.), darunter mit Paralyse 9 (8 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank 7 (3 M. 4 Fr.), Aufnahme 243 (109 M. 134 Fr.), darunter mit Paralyse 20 (17 M. 3 Fr.), nicht irre 21 (9 M. 12 Fr.) u. 1 mit Del. pot., Abgang: genesen 47 (26 M. 21 Fr.), gebessert 59 (20 M. 39 Fr.), ungeheilt 95 (55 M. 40 Fr.), gest. 45 (19 M. 26 Fr.), blieben 236 (116 M. 120 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Genesenen bis 1 Mon. bei 24, bis 3 Mon. bei 7, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 4, bis 2 J. bei 5, über 2 J. bei 1, unbestimmt bei 1. Todesursache bei 3 Tuberkulose, bei 10 Lungenkrankheit, Suicid bei 1, Unglücksfälle bei 1. Ausgabe 214365 Mark.

Bericht der psychiatrischen Klinik Freiburg, Baden, für 1901/2. (Dir. Dr. Hoche.)

Die Klinik ist gleichzeitig Landesheilanstalt und daher deren Aufnahmebeschränkungen unterworfen. Sie entspricht einem Stadtasyle mit 80 Betten. Dreistöckiger Bau, Fenster vergittert, mit von den Kranken teilweise zu öffnenden Fenstern. Mit breiten hellen Korridoren. Für jedes Geschlecht Wachabteilungen mit je drei Isolierräumen, fast nur von Frauen stundenweise benutzt.

Bestand 1901 156 (82 M. 74 Fr.), Aufnahme 260 (134 M. 126 Fr.), entlassen 273 (140 M. 133 Fr.), blieben 143 (76 M. 67 Fr.). Entlassen geheilt 44, gebessert 74, ungebessert 18, beobachtet 16, in andere Anstalten 107, gestorben 14. Bestand Anfang 1902 143 (76 M. 67 Fr.), Aufnahme 216 (94 M. 122 Fr.), entlassen 238 (118 M. 120 Fr.), blieben 121 (52 M. 69 Fr.), entlassen geheilt 21, gebessert 52, ungebessert 23, beobachtet 40, in andere Anstalten 120, gestorben 18. Eine Typhusepidemie machte einen zeitweisen Schluß der Aufnahmen nötig. Ausgaben 138354 Mark.

Bericht der Irrenklinik Heidelberg pro 1901/2.

Eröffnet 1878. Durch Überfüllung wurde als höchste Belegziffer die Zahl 144 festgelegt. Bestand Anfang 1901 135 (67 M. 68 Fr.), Aufnahme 366 (205 M. 161 Fr.). Entlassen 365 (201 M. 161 Fr.), blieben 136 (68 M. 68 Fr.), Dazu 1902 Aufnahme 400 (230 M. 170 Fr.), entlassen 398 (222 M. 176 Fr.), blieben 138 (76 M. 62 Fr.). In beiden Jahren wurden definitiv entlassen 29, urlaubsweise 386, geheilt 91, gebessert 291, ungebessert 33, in Familienpflege 415, in andere Anstalten 308. 1901 starben 72, 1902 20. 1901 entwichen 13, 1902 14. Die Klinik hat 6 Krankenabteilungen, eine Wachabteilung für ruhigere, eine für unruhige, und eine ruhige Abteilung für jedes Geschlecht. 60—70 % waren meist auf den Wachabteilungen. Isolierzimmer wurden selten auf Stunden benutzt. Warme Bäder bis zu 2stündiger Dauer bei Depressierten als Schlafmittel. Dauerbäder bei Manischen, zuweilen monatelang,

wirkten ganz ausgezeichnet. Feuchte Einpackungen von 1—2 Stunden bei katatonischen Erregungszuständen zu empfehlen. Arbeitstherapie bei 10 bis 20% der Männer, 15—30% der Frauen. Alkoholische Getränke beseitigt. Ausgaben 1902 157907 Mark.

Die Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt zu Königsutter vom 1. April 1891 bis 31. März 1903. (Dir. Dr. Gerlach.)

Am 1. April 1891 waren 411 Kranke bei einem Raume für ca. 400. Es stiegen die Aufnahmen und es wurden nun lehrreiche, zuweilen fruchtlose Versuche gemacht, dem Bedürfnisse zu genügen. Auch ein Nachtlogis außerhalb, Familienpflege, endlich notwendig Neubauten. Antrag genehmigt 4 Pavillons, 2 als Wachabteilung für je 21 Ruhige und Halbruhige, und 2 für je 40 Rekonvaleszenten und Pfleglinge. Zur sofortigen Entlastung dienen 2 Baracken, von denen jede 4500 M. kostete. Die 6 „Tobhöfe“ wurden in Gärten verwandelt und statt deren Mauern Holzstakete hingestellt, in deren Zimmern die Fensterversicherung verändert. Vergitterung jetzt nur noch in der Abteilung der fluchtverdächtigen irren Verbrecher. 1899 ein neuer Festsaal eröffnet. Seit 4 Jahren besondere Wärter auf den Wachabteilungen. 1893 neues Sektionsgebäude. Die Gehälter der Assistenten und des Wartepersonals wurden nicht unerheblich vermehrt. Betriebskosten fürs letzte Jahr 394275 Mark. An Suicid starb während der 12 Jahre nur eine Kranke. Nachweis, daß die Zahl der Kranken im Herzogtum zugenommen hat und in welchem Umfange. 9 Tafeln Abbildungen erläutern die Entwicklung der Anstalt.

Bericht des Karl-Friedrich-Hospitals in Blankenhain (S.-W.) pro 1898—1902. (Dir. Dr. Schäfer.)

2 Pavillons für je 80 Betten hinzugefügt mit Niederdruck-Dampfheizung. Die 1880 neu erbaute Ackerkolonie für 35 Kranke mit 97 ha wird für 32 Pfleglinge eingerichtet. Die Kranken sind in 6 Gebäuden untergebracht: dem Zentralgebäude, dem alten Schloß, 2 Pavillons, dem Kolonistenhaus und dem Wohnhause des Gutes Krakau. Ende 1902 Bestand 455 (233 M. 222 Fr.), davon auf der Irrenabteilung 428 (220 M. 208 Fr.), auf der Siechenabteilung 27 (13 M. 14 Fr.). Aufgenommen 1902 92 (54 M. 38 Fr.), auf der Irrenabteilung 83 (49 M. 34 Fr.). Abgang 1902 68 (46 M. 22 Fr.), davon auf der Irrenabteilung entlassen 38 (27 M. 11 Fr.), durch den Tod 24 (16 M. 8 Fr.). Geheilt entlassen 24 (17 M. 7 Fr.), gebessert bez. beurlaubt 69 (47 M. 22 Fr.), ungeheilt 46 (32 M. 14 Fr.), gestorben 149 (78 M. 71 Fr.) in der Berichtsperiode. In ihr Todesursache 21mal Tuberkulose, 12mal Herzfehler, 3mal gewaltsame Todesarten (darunter 1mal Suicid durch Stürzen aus dem Fenster des Erdgeschosses). Entweichungen 1902 11. Heredität bei 30,8% M., 31,6% Fr. 1902 mit Familienpflege begonnen. In Pflege gegeben 37, zurückgenommen 19, blieben 18. Von Bettbehandlung und pro-

trahierten Bädern wird ausgiebig Gebrauch gemacht. Isolierung nur einzeln angewendet. Beschäftigt 53 0/0. Ausgaben 211 529 Mark.

44. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1902. (Dir. Dr. Meyer.)

In der Abteilung für Geistesranke mit 363 Betten und 40 Pflegepersonal Bestand 365 (186 M. 179 Fr.), Zugang 128 (63 M. 65 Fr.), Abgang 124 (63 M. 61 Fr.), blieben 369 (186 M. 183 Fr.). Es starben 52 (an Tuberkulose 4, an Herzleiden 2). Die Abteilung für Körperranke hat 56 Betten.

Bericht der Irrenanstalten zu Hamburg pro 1902.

Friedrichsberg (Dir. Dr. *Reye*). Bestand 1332 (640 M. 692 Fr.), Aufnahme 704 (368 M. 336 Fr.), Abgang 661 (358 M. 303 Fr.), blieben 1375 (650 M. 303 Fr.), davon beurlaubt 30 (19 M. 11 Fr.). Überfüllung. Unter der Aufnahme mit Paralyse 110 (80 M. 30 Fr.), Heredität nachgewiesen bei 158. Im Abgange mit Paralyse 87 (67 M. 20 Fr.), mit Säuerdyskrasie 81, davon geheilt 123 (51 M. 72 Fr.), geb. 180 (103 M. 77 Fr.), ungeb. 150 (71 M. 79 Fr.), gest. 133 (84 M. 49 Fr.). Die Heilung erfolgte in 1 Mon. bei 28, in 3 Mon. bei 35, in 6 Mon. bei 32, in 1 J. bei 16, in 2 J. bei 8, in 3 J. bei 4. Es blieben mit Paralyse 106 (48 M. 44 Fr.) und Heredität nachweisbar in 455 Kranken. Betriebskosten pro Kopf und Tag 2,15 Mark. Die Julius-Stiftung hat jetzt 345 058 Mark.

Langenhorn (Dir. Dr. *Schaefer*). Bestand 500 (302 M. 198 Fr.). Zugang 64 (41 M. 23 Fr.), Abgang 34 (22 M. 12 Fr.), davon gestorben 24. blieben 527 (319 M. 205 Fr.), davon beurlaubt 3 (2 M. 1 Fr.). Jetziges Terrain 140 ha. Beschäftigt durchschnittlich 165 M. 60 Fr. Kosten pro Kopf und Tag 2.07 Mark.

Bericht des St. Jürgen-Asyl zu Bremen pro 1902. (Dir. Dr. Delbrück.)

Bestand 289 (147 M. 142 Fr.), Aufnahme 271 (156 M. 115 Fr.), entlassen geh. 62 (38 M. 24 Fr.), geb. 65 (35 M. 30 Fr.), ungeh. 49 (28 M. 21 Fr.), gest. 38 (29 M. 9 Fr.), blieben 346 (173 M. 173 Fr.). Überfüllung. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 38 (26 M. 12 Fr.), an Alkoholismus 30 (27 M. 3 Fr.). — Im allgemeinen Krankenhause wurden behandelt an Geisteskrankheiten 33.

Bericht der Privatheilanstalt zu Rockwinkel pro 1902. (Dir. Dr. H. Engelken.)

Bestand 23 (10 M. 13 Fr.), Aufnahme 20 (9 M. 11 Fr.), Abgang 22 (9 M. 13 Fr.), davon geh. 4 (1 M. 3 Fr.), geb. 11 (3 M. 8 Fr.), ungeh. 7

(5 M. 2 Fr.), gest. 5 (3 M. 2 Fr.), davon die Männer an Paralyse, die eine Frau an multipler Sklerose, die andere durch Suicid, wenige Stunden nach der Aufnahme. Sie kam auf eigenen Wunsch, zeigte sich froh, aß mit Appetit. Die Familie hatte den Selbstmordtrieb verheimlicht. Es blieben Ende Dezember 20 (9 M. 11 Fr.). Außerhalb in Familienpflege 2 Frauen. Freiwillig traten ein 3 Kranke.

Bericht der Irrenanstalt zu Lübeck pro 1902.

Bestand 176 (92 M. 84 Fr.), Aufnahme 65 (28 M. 37 Fr.), entlassen geheilt 18 (12 M. 6 Fr.), geb. 15 (7 M. 8 Fr.), ungeheilt 13 (7 M. 6 Fr.), nicht-irre 3 (2 M. 1 Fr.), gest. 16 (5 M. 11 Fr.), blieben 176 (87 M. 89 Fr.), von letzteren 65 % mit Erblichkeit. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 3 Monate bei 5, bis 6 Monate bei 8, über 6 Monate bei 5. Ausgaben 167434 Mark für Kopf und Jahr 963,26 Mark. Es arbeiteten durchschnittlich 45 Männer und 29 Frauen. 2 Baracken wurden Ende Oktober bezogen. Die Vorarbeiten für den Bau einer neuen staatlichen Anstalt sind weiter gefördert, das Gelände „Vogelsang“ an der Ratzeburger Allee dazu bestimmt.

Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses: Wohltätigkeitsanstalten vom 1. Juli 1901/2. 549 S. Wien 1902. gr. 8°.

Wien, Landes-Irrenanstalt. Dir. Dr. *Tilkowsky*. Bestand vom 1. Januar bis Ende 1901 959 (513 M. 446 Fr.), Zuwachs 1212 (754 M. 458 Fr.). Abgang geheilt 263 (187 M. 76 Fr.), in andere Anstalten 375 (198 M. 177 Fr.), anderes Spital 10 (6 M. 4 Fr.), in Gemeindepflege 42 (22 M. 20 Fr.), in häusliche Pflege 152 (100 M. 52 Fr.), gebessert und ungeb. gegen Revers 102 (55 M. 47 Fr.), gest. 200 (144 M. 56 Fr.), entwichen 1 M., blieben 1026 (554 M. 472 Fr.). Normalraum 900. Ende 1900 beurlaubt 12, 1901 beurlaubt 43. Von den Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 97 bis 14 Tage, bei 7 bis 1 Monat, bei 9 bis 2 Monate, bei 7 bis 3 Monate, bei 15 bis 6 Monate, bei 2 bis 1 Jahr, bei 5 bis 2 Jahre, bei 89 länger, bei 11 unbekannt; deren Aufenthaltsdauer bei 125 bis 1 Monat, bei 67 bis 3 Monate, bei 31 bis 6 Monate, bei 20 bis 9 Monate, bei 9 bis 12 Monate, bei 6 bis 2 Jahre, bei 5 bis 3 Jahre. Erkrankungsursache der Aufgenommenen bei 30 fieberhafte Krankheiten, bei 182 Syphilis, bei 48 Kopftrauma, bei 17 andere Traumen, bei 18 Klimakterium, bei 282 geistige Getränke, 644 Männer hatten 5380, 666 Frauen 6796 Isoliertage. In 9 Fällen, bei 2 Männern und 7 Frauen, war Zwangsjacke, bei 4 Frauen Schutzhandschuhe nötig. Der Unterstützungsverein für Geheilte entlassene gab 1103 Männern und 817 Frauen 12904 Kronen. Gerichtliche Kommissionen waren an 84 Tagen, 718 wurden gerichtsärztlich untersucht und 48 für minder dispositionsfähig erkannt. Der Schlagerfonds betrug 85767 K. Ausgaben 937086 K.

Langenlois, Oberleitung die Direktion in Wien. Primararzt Dr. *Bogdan*

Bestand 224 (120 M. 104 Fr.), aufgenommen 39 (23 M. 16 Fr.), entlassen geheilt 11 (2 M. 9 Fr.), in andere Anstalt 3 (1 M. 2 Fr.), sonstiger 13 (9 M. 4 Fr.), gest. 18 (9 M. 9 Fr.), verblieben 218 (122 M. 96 Fr.). Es litten im Bestande an Paralyse 12 (8 M. 4 Fr.). Aufgeregte Kranke wurden ausschließlich ohne Narcotica im Bett behandelt und es kamen daher Verletzungen und gegenseitige Mißhandlungen gar nicht zur Beobachtung. Die expektative Behandlung der Epilepsie bewährte sich. Bericht über die Heilung von Trachomen. Die eigene Regie bewährte sich. Krankheitsdauer der Geheilten vor Eintritt bei 3 bis 14 Tage, bei 6 bis 1 Mon., bei 2 bis 2 Mon., bei 6 bis 6 Mon., bei 1 bis 1 J., bei 2 unter 2 J., Behandlungsdauer bei 4 bis 3 Mon., bei 4 bis 6 Mon., bei 4 bis 9 Mon., bei 5 bis 12 Mon., bei 2 bis 2 J., bei 1 bis 5 J. In 28 gerichtlichen Untersuchungen wurden 80 begutachtet. 18mal bei M. und in 51 Fällen war Isolierung nötig. Bei der Entlassung wurden 22 mit 877 K. unterstützt.

Klosterneuburg. Dir. Dr. G. Weiss. Bestand 601 (358 M. 243 Fr.), Zugang direkt 235 (137 M. 98 Fr.), durch Transport 79 (41 M. 38 Fr.), Abgang geheilt 43 (35 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 113 (69 M. 44 Fr.), sonstig 83 (45 M. 38 Fr.), gest. 78 (47 M. 31 Fr.), blieben 598 (340 M. 258 Fr.), darunter mit Paralyse 77 (61 M. 16 Fr.). Krankheitsdauer der Geheilten vor Eintritt bei 12 bis 14 Tage, bei 3 bis 1 Mon., bei 9 bis 2 Mon., bei 3 bis 3 Mon., bei 6 bis 6 Mon., bei 1 bis 1 J., bei 3 bis 2 J., bei 4 darüber; Verpflegungsdauer bis 1 Mon. bei 7, bis 3 Mon. bei 14, bis 6 Mon. bei 9, bis 9 Mon. bei 7, bis 2 J. bei 6.

Sterling-Gugging. Dir. Dr. H. Schöss. Bestand 708 (353 M. 353 Fr.), Zuwachs direkt 116 (60 M. 56 Fr.), aus Anstalten 229 (137 M. 92 Fr.), Abgang geheilt 55 (46 M. 9 Fr.), in häuslicher Pflege 35 (16 M. 19 Fr.), gegen Revers 40 (21 M. 19 Fr.), in Bezirkssorge 73 (51 M. 22 Fr.), entwichen 4 M., in andere Irrenanstalten 65 (35 M. 30 Fr.), gest. 73 (40 M. 33 Fr.), blieben 345 (213 M. 132 Fr.), darunter mit Paralyse 4 (4 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor Eintritt der Geheilten bis 14 Tage bei 4, bis 1 Mon. bei 2, bis 2 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 1, darüber bei 42; Verpflegungsdauer bis 1 Mon. bei 19, bis 3 Mon. bei 16, bis 6 Mon. bei 9, bis 12 Mon. bei 6, bis 2 J. bei 2, darüber bei 3.

In den Anstalten für schwachsinnige Kinder waren Anfang 1900 in Kierling-Gugging 187, in Bruck 97, in Biedermannsdorf 30, in Mödling 65.

Im Abstinenzsanatorium Pranthof bei Mühldorf meldeten sich nur 2 zur Aufnahme. Ein nennenswerter Erfolg wurde nicht erzielt.

Von der Kaiser Franz-Joseph-Landesheilanstalt in Mauer-Oehling Statut und Beginn.

Bericht der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn pro 1902.

(Dir. Dr. A. Hellwig.)

Bestand 700 (340 M. 360 Fr.), Aufnahme 404 (220 M. 184 Fr.), Abgang geheilt 49 (23 M. 26 Fr.), geb. 54 (30 M. 24 Fr.), gegen Revers 34 (17 M.

17 Fr.), ungeheilt 28 (7 M. 21 Fr.), in andere Anstalten 147 (72 M. 75 Fr.), entwichen 7 M., gest. 131 (64 M. 67 Fr.), blieben 654 (340 M. 314 Fr.), darunter mit Paralyse 49 (34 M. 8 Fr.). Im Pflegepersonal traten freiwillig 48 aus, wurden entlassen 41, pensioniert 1. In der Beobachtungsabteilung der Brünner Landeskrankenanstalt waren 518, davon gingen geheilt ab 77, gebessert 98. In der Filiale zu Iglau blieb Bestand 298. Es starben an Tuberkulose 2, an Herzleiden 3.

Bericht der oberösterreichischen Landesirrenanstalt zu Siedernhart pro 1902. (Dir. Dr. Fr. Schnopfhagen.)

Zahl der Betten 650. Ausgabe 358580 Kr., pro Tag und Kopf 1 Kr. 57 H. Bestand 588 (268 M. 320 Fr.), Zugang 278 (115 M. 163 Fr.), entlassen geheilt 31 (13 M. 18 Fr.), geb. 21 (3 M. 18 Fr.), in Gemeindeversorgung 48 (18 M. 30 Fr.), in andere Anstalt 15 (11 M. 4 Fr.), ungeheilt 76 (30 M. 46 Fr.), davon 13 mit Revers, entwichen 7, nicht-irre 1 M., Simulant 1 M., gest. 70 (37 M. 33 Fr.), blieben 596 (264 M. 332 Fr.), Verwaltungsgeschäftsstücke 3214, die Verpflegung in eigener Regie bewährte sich. Überfüllung der Frauenseite. An Paralyse litten im Bestande Anfang 1902 56 (26 M. 30 Fr.), kamen hinzu 40 (24 M. 16 Fr.), abgegangen 17 (7 M. 9 Fr.), starben 31 (22 M. 9 Fr.), blieben 49 (21 M. 28 Fr.). An Alkoholismus wurden verpflegt 35. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bei 8 bis 14 Tage, bei 9 bis 1 Mon., bei 6 bis 3 Mon., bei 3 bis 6 Mon., bei 5 bis 1 Jahr; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 13, bis 6 Mon. bei 14, bis 12 Mon. bei 4. Todesursache bei 7 Pneumonie, bei 6 Herzleiden, bei 15 Phthisis. Von S. 39—55 ein Aufsatz von Dr. Ganhör: „Die Verbreitung und Prophylaxe der Tuberkulose in der Anstalt“.

Bericht über Feldhof bei Graz nebst Filiale Lankowitz, Kainbach und Hartberg pro 1902. (Dir. Dr. Sterz.) Bericht der Siechenanstalt Schwanberg. (Primararzt Dr. Buchberger.)

Bettenzahl in Feldhof 900, in Lankowitz 124, in Kainbach 135, in Hartberg 26; Bestand 1230 (631 M. 599 Fr.), Aufnahme 577 (299 M. 278 Fr.), Abgang genesen 69 (27 M. 42 Fr.), an andere Anstalten 33 (15 M. 18 Fr.), geb. und ungeheilt 179 (91 M. 88 Fr.), gest. 231 (143 M. 88 Fr.), blieben 1295 (654 M. 641 Fr.). 14 Entweichungen. An Tuberkulose starben 28, an Pneumonie 19, an Krankheiten der Zirkulationsorgane 16, an Suicid 3.

Schwanberg mit 194 Betten. Bestand 193 (92 M. 98 Fr.), Aufnahme 17 (9 M. 8 Fr.), Abgang geheilt 1 M., in andere Anstalt 1 Fr., sonstiger 2 (1 M. gest. 16 (12 M. 4 Fr.), blieben 190 (90 M. 100 Fr.).

Bericht der Landesanstalt Valduna (Vorarlberg) pro 1901. (Dir. Dr. P. Pfausler.)

Eine Frau von 30 Jahren mit Nymphomanie wurde auf eigenen Wunsch durch Exstirpation des Uterus mit Adnexe und der Clitoris von ihrer Psychose befreit. Auf der Frauenstation wurden 2 Wachstationen mit 22 Betten und für Männer 1 Wachstation mit 12 Betten eingerichtet, 3312 Bäder wurden verabreicht. Bestand vom Vorjahre 133 (72 M. 61 Fr.), darunter mit Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), Zugang 146 (72 M. 74 Fr.), Abgang geheilt 17 (10 M. 7 Fr.), sonstige 30 (17 M. 13 Fr.), gestorben 8 (7 M. 1 Fr.), blieben 151 (74 M. 77 Fr.). Krankheitsursache der Aufgenommenen bei 10 Exzeß in venere, bei 8 in Alkoholismus, bei 13 Erschöpfung durch Not. Auslagen 90962 K.

Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1902.

Im Comitát Torontal ist das allgemeine Krankenhaus zu Módos in eine Irrenanstalt umgewandelt zur Unterbringung von in allen anderen Instituten vorgefundenen mit Trachom behafteten Geisteskranken. Zu den Munizipien, welche Irrenabteilungen an ihre allgemeinen Krankenhäuser anschließen, hat sich die Stadt Pécs und das Comitát Mármaros, jene für 300, diese für 150 bis 200 Irre gesellt. Ein neues Normativ trat an die Stelle des veralteten am 1. Januar 1903. In den vier Staatsirrenanstalten war Bestand Anfang 1902 2177 (1330 M. 847 Fr.), Aufnahme 1052 (630 M. 422 Fr.), entlassen geheilt 195 (131 M. 64 Fr.), gebessert 231 (98 M. 133 Fr.), ungeheilt 251 (149 M. 102 Fr.), nicht-irre 12 (9 M. 3 Fr.), gest. 360 (264 M. 96 Fr.), blieben 2180 (1309 M. 871 Fr.). Als Krankheitsursache in sämtlichen Anstalten wird angegeben Vererbung 417mal, org. Gehirnleiden 29mal, Gehirnerschütterung und Sonnenstich 11mal, Schädelverletzung 40mal, Syphilis 80mal, Alkoholismus 136mal, geistige Überanstrengung 40mal, Gemütseinwirkungen 163mal, Typhus 35mal, Pellagra 7mal, nicht-irre 13mal. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bei 36 bis 1 Monat, bei 24 bis 3 Mon., bei 15 bis 6 Mon., bei 21 bis 12 Mon., bei 6 bis 2 J., bei 10 darüber, bei 82 unbekannt. Todesursache bei 61 Krankheiten der Atmungsorgane, bei 10 der Zirkulationsorgane, bei 4 Tuberkulose, bei 1 Erstickung. Ursache der Paral. progress. war bei 50 (38 M. 12 Fr.) Vererbung, bei 3 M. Pubertät, bei 1 Fr. Schwangerschaft, bei 1 Klimakterium, bei 3 (2 M. 1 Fr.) org. Gehirnleiden, bei 5 (4 M. 1 Fr.) Schädelverletzung, bei 2 allgemeines Trauma, bei 61 (57 M. 4 Fr.) Syphilis, bei 12 (9 M. 3 Fr.) Alkoholismus, bei 15 M. geistige Überanstrengung, bei 34 (19 M. 5 Fr.) Gemütseinwirkungen, bei 13 geschlechtliche Ausschweifungen (11 M. 2 Fr.), bei 5 Typhus, unbekannt bei 367 (295 M. 72 Fr.), in Summa 562 (460 M. 102 Fr.).

Übersicht in den verschiedenen Heilanstalten und Irrenabteilungen der Spitäler. Bestand 427 (257 M. 170 Fr.), Zugang 580

(375 M. 214 Fr.), Abgang genesen 96 (61 M. 35 Fr.), geb. 122 (76 M. 46 Fr.), ungeheilt 65 (44 M. 21 Fr.), nicht-irre 23 (18 M. 5 Fr.), gest. 179 (82 M. 57 Fr.), blieben 571 (353 M. 218 Fr.), darunter im Bestande 86 (71 M. 15 Fr.).

Übersicht der Institute nichtstaatlichen Charakters. geeignet zur Aufnahme einer größeren Zahl von Geisteskranken. Bestand 2042 (1041 M. 1001 Fr.), Aufnahme 1486 (951 M. 535 Fr.), entlassen geheilt 214 (116 M. 98 Fr.), geb. 454 (276 M. 178 Fr.), ungeheilt 299 (190 M. 109 Fr.), nicht-irre 7 (4 M. 3 Fr.), gest. 432 (286 M. 146 Fr.), blieben 2122 (1120 M. 1002 Fr.). Bei Paral. prog. war Bestand 236 (171 M. 65 Fr.), Aufnahme 451 (348 M. 103 Fr.), Abgang genesen 6 M., geb. 104 (82 M. 22 Fr.), ungebessert 100 (74 M. 26 Fr.), gest. 198 (161 M. 37 Fr.), blieben 246 (186 M. 60 Fr.).

Ausweis in den kleineren Irrenabteilungen der Spitäler. Bestand 865 (707 M. 158 Fr.), Aufnahme 1048 (628 M. 420 Fr.), entlassen geheilt 122 (73 M. 49 Fr.), geb. 415 (244 M. 171 Fr.), ungeb. 267 (160 M. 107 Fr.), nicht-irre 24 (16 M. 8 Fr.), gest. 191 (120 M. 71 Fr.), blieben 394 (222 M. 172 Fr.).

Privatkrankenhäuser mit öffentlichem Charakter. Bestand 37 (15 M. 22 Fr.), Aufnahme 141 (79 M. 62 Fr.), entlassen geheilt 16 (13 M. 3 Fr.), geb. 33 (23 M. 10 Fr.), ungeheilt 47 (28 M. 19 Fr.), nicht-irre 4 (2 M. 2 Fr.), gest. 23 (12 M. 11 Fr.), blieben 55 (16 M. 39 Fr.).

Privatkrankenhäuser. Bestand 81 (55 M. 26 Fr.), Aufnahme 18 (9 M. 9 Fr.), entlassen geheilt 3 (2 M. 1 Fr.), geb. 1 M., ungeheilt 6 (2 M. 4 Fr.), gest. 9 (5 M. 4 Fr.), blieben 80 (54 M. 26 Fr.).

Ausweis sämtlicher Landesanstalten. Bestand 5205 (2952 M. 2253 Fr.), Aufnahme 4349 (2680 M. 1669 Fr.), entlassen geheilt 646 (396 M. 250 Fr.), geb. 1261 (720 M. 541 Fr.), ungeheilt 942 (576 M. 366 Fr.), nicht-irre 70 (49 M. 21 Fr.), gest. 1155 (769 M. 386 Fr.), blieben 5480 (3122 M. 2358 Fr.).

Bericht über Friedmatt bei Basel pro 1902. (Dir. L. Witte.)

Bestand 282 (129 M. 153 Fr.), darunter mit Paralyse 15 (13 M. 2 Fr.), mit Alkoholismus 18 (5 M. 13 Fr.), Aufnahme 208 (100 M. 108 Fr.), entl. geh. 21 (15 M. 6 Fr.), geb. 105 (49 M. 50 Fr.), ungeb. 77 (30 M. 47 Fr.), gest. 19 (9 M. 10 Fr.), nicht-irre 1 M., blieben 267 (125 M. 142 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bei 10 bis 1 Mon., bei 7 bis 3 Mon., bei 4 bis 6 Mon. Todesursache bei 2 Tuberkulose. Atmungsorgane bei 2, Herzleiden bei 3. Ausgaben 259410 Frcs.

Bericht der Heilanstalt Burghölzli bei Zürich pro 1902. (Dir. Dr. Bleuler.)

Bestand 360 (168 M. 192 Fr.), Aufnahme 335 (205 M. 130 Fr.), darunter allg. Paralyse 36 (28 M. 8 Fr.), 36 mit Alkoholismus, nicht-irre 10.

Abgang: geh. 30 (26 M. 4 Fr.), geb. 99 (54 M. 45 Fr.). ungeb. 136 (83 M., 53 Fr.), gest. 38 (21 M. 17 Fr.), geistig gesund 6 (3 M. 3 Fr.), blieben 386 (180 M. 200 Fr.). Todesursache bei 2 Tuberkulose, bei 15 Pneumonie, bei 1 Herzleiden, bei 4 Suicid. 58 motivierte Gutachten wurden abgegeben. 3 Entweichungen. Freien Ausgang hatten 70, im Park 32, in den Höfen 47. Bettgurt einmal, Deckelbad bei 3 Frauen nötig. Bei Männern 56mal, bei Frauen 56mal Urlaub erteilt. Wartepersonal nicht verbessert. Ausgaben 422 149 Frs. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 2 Wochen bei 21, bis 1 Mon. bei 1, bis 9 Mon. bei 2, bis 2 J. bei 2, bis 5 J. bei 1, darüber bei 3, Behandlungsdauer bis 2 Wochen bei 3, bis 1 Mon. bei 19, bis 3 Mon. bei 11, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 1, über 1 J. bei 1.

Bericht der Heilanstalt Königsfelden (Aargau). (Dir. Frölich.)

Bestand 625 (267 M. 358 Fr.). Aufnahme 194 (119, 75, Abgang: geh. 35 (23 M. 12 Fr.), geb. 58 (33 M. 25 Fr.), unverändert 16 (10 M. 6 Fr.), gest. 52 (31 M. 21 Fr.), blieben 658 (289 M. 369 Fr.). Es starben an Tuberkulose 8, an Herzkatarrh 4, an Suicid 1. Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 20 bis 1 Mon., bei 4 bis 2 Mon., bei 4 bis 6 Mon., bei 2 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 J., über 2 J. bei 2; Aufenthaltsdauer derselben bis 3 Mon. bei 25, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 3, über 2 J. bei 1. Epileptische Anfälle 3832 (1328 M. 2504 Fr.). Verweigerung der Nahrung bei 128 Männern und 458 Frauen; künstliche Ernährung bei 91 Männern, 451 Frauen. Isolierungen bei Tag bei 287 Männern, 1870 Frauen, bei Nacht bei 724 Männern und 3402 Frauen. Arbeiten der Männer bei 29%, der Frauen bei 29%. Die körperlich Kranken betrugen am Ende des Jahres nur 12, neue nicht mehr aufgenommen. Überfüllung. Betriebskosten 383357 Frs., pro Kopf und Tag 1.61 Frs. Leidiger Wechsel im Wartepersonal.

Bericht der Heilanstalt St. Pirminsberg pro 1902. (Dir. Dr. Haeblerlin.)

Bestand 226 (115 M. 111 Fr.). Aufnahme 81 (46 M. 35 Fr.). Abgang: genesen 17 (9 M. 8 Fr.), geb. 24 (14 M. 10 Fr.), ungeb. 6 (4 M. 2 Fr.), gest. 19 (9 M. 10 Fr.), blieben 241 (125 M. 110 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 6, bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 5, bis 12 Mon. bei 1; Behandlungsdauer bis 1 Mon. bei 2, bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 3, über 1 J. bei 3. Alkoholmißbrauch bei Aufnahme Ursache 8mal. Todesursache: 6mal Herzleiden, 3mal Brustentzündung, 2mal Tuberkulose. Kosten pro Kopf und Tag 2,22 Frs. 6 Entweichungen. Von Deckelbädern mußte mehrfach Gebrauch gemacht werden, ebenso eine Isolierung, bei 8 Kranken Sonde. Der Höchstbestand des St. Margaretenberges war 15 Kranke.

11. Bericht des Kantonalen Asyles zu Wil pro 1902. (Dir. Dr. Schiller.)

Bestand 637 (328 M. 309 Fr.), Aufnahme 300 (157 M. 173 Fr.), entlassen geh. 29 (15 M. 14 Fr.), geb. 29 (15 M. 14 Fr.), ungeh. 56 (31 M. 25 Fr.), gest. 121 (63 M. 58 Fr.), blieben 683 (359 M. 324 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 10, bis 3 Mon. bei 9, bis 6 Mon. bei 2, über 1 J. bei 5; Behandlungsdauer bis 1 Mon. bei 12, bis 3 Mon. bei 7, bis 6 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 2, über 1 J. bei 1. Todesursache 18mal Carcinoma, Herzleiden 24mal, Tuberkulose 12mal. 12 Entweichungen. 2 Villen für je männl. und weibl. Kranke wurden in Gebrauch gezogen und deren Fassade und Grundrisse mitgeteilt.

Bericht der bernischen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay pro 1902.

Waldau. Dir. Dr. v. Speyr. Bestand 359 (281 M. 258 Fr.), Aufnahme 189 (91 M. 93 Fr.), darunter mit progress. Paralyse 10 (8 M. 2 Fr.), mit Alkoholismus 22 (15 M. 7 Fr.), zur gerichtlichen Begutachtung 7. Entlassen genesen 47 (26 M. 21 Fr.), gebessert und ungeh. 90 (49 M. 41 Fr.), gest. 36 (19 M. 17 Fr.). blieben 555 (278 M. 277 Fr.). Überfüllung. Zahl der Abweichungen verdreifacht. 30 Entweichungen, 6 aus der Arbeit und 14 aus der Anstalt, teilweise aus mangelhaften Schlössern. Von 29 ausgetretenen Wärtern verließen 15 die Anstalt freiwillig, 14 wurden entlassen teils wegen Roheit, teils wegen Unbrauchbarkeit, von 14 Wärterinnen gingen 12 freiwillig, 2 wegen Roheit. Kosten 465043 Frcs., pro Jahr und Kranker 772 Frcs.

Münsingen. Dir. Dr. Glaser. Bestand 572 (269 M. 303 Fr.), Aufnahme 236 (120 M. 116 Fr.), davon an Alkoholismus 13, nicht-irre zur Begutachtung 8; hereditär belastet 41%, entlassen geh. 18 (11 M. 6 Fr.), geb. 93 (40 M. 53 Fr.), ungeh. 60 (29 M. 31 Fr.), nicht-irre 7 M., gest. 30 (11 M. 19 Fr.). 14 Entweichungen. Überfüllung. Es starben an Tuberkulose 4, an Herzleiden 3, an Suicid 2. 13 Wärter und 14 Wärterinnen verließen die Anstalt. Kosten 453235 Frcs., pro Kranker und Jahr 776 Frcs.

Bellelay. Dir. Dr. Brauchli. Bestand 268 (110 M. 158 Fr.), Aufnahme 19 (13 M. 6 Fr.), entlassen geb. 1 M., ungeh. 3 M., gest. 7 (3 M. 4 Fr.), blieben 276 (116 M. 160 Fr.). Häufige Entweichungen über die zu niedrigen Pallisaden. Vom Wartepersonal traten bei einem Bestande von 24 28 aus. Überfüllung dieser Pflegeanstalt, dabei viel Unruhige, daher Sehnsucht nach Einrichtung von Zellen. Kosten 187557 Frcs., pro Kranker und Jahr 698 Frcs.

54. Rapport maison de santé de Préfargier pro 1902. (Dir. Dr. Godet.)

Bestand 112 Kranke, aufgenommen 62, entlassen 69, blieben 105. Unter den seit 20 Jahren behandelten 112 Kranken mit Dem. paral. waren 20 Fr.

Unter den 69 Entlassenen (42 M. 27 Fr.) sind 35 genesen oder sehr gebessert, 15 geb., 5 gest. Ausgaben 152744 Frcs.

11. Bericht der kanton. Irren- und Krankenanstalt Waldhaus pro 1902. (Dir. Dr. Jörger.)

Bestand 260 (135 M. 125 Fr.), Aufnahme 141 (72 M. 69 Fr.), Abgang genesen 31 (14 M. 17 Fr.), geb. 47 (21 M. 26 Fr.), ungeb. 19 (9 M. 10 Fr.), an andere Anstalt 1 M., gest. 28 (17 M. 11 Fr.), blieben 274 (145 M. 129 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 1 Mon. bei 7, bis 3 Mon. bei 10, bis 6 Mon. bei 8, bis 12 Mon. bei 5, darüber bei 1. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 20 bis 1 Mon., bei 8 bis 4 Mon., bei 1 bis 2 J., bei 22 erblich, bei 9 nicht erblich. Todesursache bei 6 Tuberkulose.

Bericht der Heilanstalt Rosegg pro 1902. (Dir. Dr. Greppin.)

Bestand 295 (161 M. 134 Fr.), Aufnahme 76 (53 M. 23 Fr.), Abgang: geh. 13 (7 M. 6 Fr.), geb. 18 (10 M. 8 Fr.), ungeh. 7 (6 M. 1 Fr.), gest. 20 (14 M. 6 Fr.), blieben 313 (177 M. 136 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 2 Männer an Paralyse, 16 an Alkoholismus, 40 an Heredität. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 4 Wochen bei 5, bis 2 Mon. bei 1, bis 4 Mon. bei 6, bis 8 Mon. bei 1; davon Behandlungsdauer bis 4 Wochen bei 2, bis 4 Mon. bei 3, bis 6 Mon. bei 3, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 J. bei 2. Todesursache bei 1 Trauma cerebri, bei 4 Pneumonie, bei 4 Phthisis, bei 3 Vitium cordis, bei 2 Carcinom. Von den Gebliebenen litten an Paralyse 6 (4 M. 2 Fr.), 26 an Alkoholismus. Zur Beobachtung wurden 12 überwiesen. Ausgaben 202841 Fr. Neu eingeführt Zentralheizung. 8 Entweichungen. 2mal Sondenernährung.

Bericht der städtischen Irrenanstalt zu Odessa für 1902. 222 S. Odessa 1903. gr. 8°.

Bericht der psych. Abteilung und Kolonie des städtischen Krankenhauses zu Odessa. (Leit. Arzt Dr. Worotinski.)

Kurze geschichtliche Einleitung. Schon 1840 Wille zur Gründung einer Irrenanstalt. Man kam aber erst 1892 dazu, nachdem die Stadt sich entschloß, auf Unterstützung des Staates zu verzichten. Kosten 1100000 M. Genaue Beschreibung der Einrichtungen und gärtnerischen Anlagen. Bestand Anfang 1901 477 (279 M. 192 Fr. 6 Kinder), aufgenommen 428 (277 M. 149 Fr.), entlassen 415 (288 M. 125 Fr. 2 Kinder), gestorben 72 (53 M. 18 Fr. 1 Kind), aufgenommen 1902 417 (284 M. 132 Fr. 1 Kind), entlassen 325 (229 M. 96 Fr.), gest. 87 (70 M. 17 Fr.), blieben Anfang 1903 503 (280 M. 217 Fr. 6 Kinder). Aus 325 Entlassenen sind geheilt 1902 52 (34 M. 18 Fr.), gebessert 143 (107 M. 36 Fr.), ungeheilt 130 (88 M. 42 Fr.). Die meisten

Todesfälle von Kachexie und Tuberkulose. Bestand Anfang 1903 an Paral. progr. 57 (46 M. 11 Fr.), an Del. tremens 15 (13 M. 2 Fr.), zur Beobachtung 22 (20 M. 2 Fr.), an Dem. praecox 12 (10 M. 2 Fr.), betreffs der Religion waren 609 griechisch-katholisch, 301 mosaisch, von anderen Konfessionen 72. unbekannt 17. 517 konnten lesen und schreiben, weder lesen und schreiben 295, unbekannt 169. Leider wohnen nicht alle Ärzte in der Anstalt und von den Angestellten viele in wenig hygienischen Verhältnissen außerhalb.

Von den 138 Personal waren analphabetisch 47 0 0 M. und 90 0 0 Fr. In der Kolonie sind 6 Werkstätten für Schuster, Schneider, Tischler, Schlosser, Buchbinder, Korbflechter, die den Anstaltsbedarf decken; ausgebildete Meister leiten. Im Sommer landwirtschaftlichen Bericht.

Im zweiten Bericht folgen Aufsätze von Dr. *Eichenwald*, „Zur Statistik der alkoholischen Psychosen“, „Zur Frage der puerperalen Psychosen“, „Ein Fall von hysterischer Taubstummheit“; Dr. *Rudneff*, „Ein Fall von halluzinatorischer Paranoia“, „Über den weißen und roten Dermograeschismus bei Geisteskranken“.

Jossilevsky.

Bericht der Thurgauischen Irrenanstalt Münsterlingen pro 1902. (Dir. Dr. *Frank*.)

Bestand 345 (123 M. 222 Fr.), Aufnahme 131 (67 M. 64 Fr.), entlassen genesen 8 (4 M. 4 Fr.), geb. 66 (31 M. 35 Fr.), ungeb. 30 (19 M. 11 Fr.), gest. 27 (13 M. 14 Fr.), nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Geheilten bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 1, bis 5 J. bei 2; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 5, bis 1 J. bei 1, bis 3 J. bei 2. Bei den Aufgenommenen als Ursache Erblichkeit angegeben bei 60 0 0, dabei in 25 0 0 Trunksucht der Eltern. 32 0 0 der M. waren nur Opfer der Trunksucht, künstlich ernährt 3, mech. Beschränkung bei 6 M. nötig. 9 Entweichungen. Überfüllung. Ausgaben 268847 Fr.

Bericht über die Irrenanstalt Ufa, Rußland, pro 1902. 115 S. Ufa 1903. (Dir. Dr. *Sokalsky*.)

Bestand 364 (220 M. 144 Fr.), Aufnahme 335 (210 M. 125 Fr.), entlassen 296 (192 M. 104 Fr.), gestorben 69 (37 M. 32 Fr.), gebessert 64 (53 M. 11 Fr.). Alkoholisten waren 106 (86 M. 20 Fr.), mehrmals aufgenommen 114 (100 M. 14 Fr.). Die meisten Todesfälle fallen auf Paral. progr., 19 M. und 5 Fr. Schulbildung hatten 198 (149 M. 49 Fr.), Analphabeten waren 312 (142 M. 170 Fr.); unbekannt 7 M.

Im ganzen Gouvernement Ufa waren 1902 ca. 6000 Geisteskranke, davon konnten nur $\frac{1}{12}$ in der Anstalt untergebracht werden. Chronische Kranke überfüllen sie, dadurch wird die Aufnahme akuter erschwert. 1893 waren in der Anstalt 111, 1901 247 Kranke.

Dr. Jossilevsky.

Rapport de la section des aliénés de l'hôpital Arménien du St. Samues à Constantinople. (Med. Dir. Dr. *Luigi Mongeri*.)
Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. Juni 1903.

Am 1. Januar 1903 Bestand 304 (100 M. 204 Fr.), darunter mit Paral. progr. 2 Fr., mit Epilepsie 28. Es starben 1902 12,15 %, meist an Tuberkulose. Überfüllung ließ eine Absonderung nicht zu. Auf Beschäftigung wurde sehr gehalten, namentlich eine Irrenschule für das Pflegepersonal vorgeschlagen. Eine neue klinische Form der Psychose, „la folie hépatique“, wird beschrieben. Sie zeigt sich in zwei Typen, als Melancholie mit Stupor und als akutes halluzinatorisches Delirium; zuweilen folgen sie einander. Beginn mit gastrischen Störungen, in ein paar Tagen die Psychose und in ebenso kurzer Zeit nach Calomel, Salol, Benzonaftol etc. Verschwinden der Psychose und der Leberstörung. Mehrere starben, aber die Sektion war nicht zu erlangen. Anscheinend die Folge von stetem Genuß von Alkohol, wenn auch in geringen Dosen.

76. Report of James Murrays Royal Asylum, Perth pro 1902.
(Super. Dr. *A. R. Urquhart*.)

Bestand 129 (69 M. 60 Fr.), Aufnahme 49 (23 M. 26 Fr.), entlassen geheilt 7 (4 M. 3 Fr.), gebessert 20 (9 M. 11 Fr.), unge bessert 10 (4 M. 6 Fr.), gest. 9 (5 M. 4 Fr.), blieben 132 (70 M. 62 Fr.). Seit dem 1. Januar 1865 sind aufgenommen 1178 (597 M. 581 Fr.), entlassen geheilt 363 (172 M. 192 Fr.), gebessert 325 (167 M. 158 Fr.), unge bessert 153 (73 M. 80 Fr.), gest. 205 (116 M. 89 Fr.). Seit Eröffnung der Anstalt am 30. Juni 1827 sind aufgenommen 2575 (1280 M. 1293 Fr.), entlassen geheilt 986 (433 M. 553 Fr.), geb. 536 (264 M. 272 Fr.), ungeb. 440 (231 M. 209 Fr.), gest. 481 (284 M. 197 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bei 2 bis 3 Mon., bei 4 bis 12 Mon., bei 1 länger; Aufenthaltsdauer bei 1 bis 1 Mon., bei 4 bis 3 Mon., bei 1 bis 9, bei 1 bis 12 Mon. Ausgaben 13356 .

43. Report of the Matteawan State Hospital pro year ending Sept. 1902. (Med. Sup. Dr. *H. E. Allison*.)

Bestand 1901 seit Eröffnung 2. Februar 1859 2600 (2437 M. 163 Fr.), entlassen genesen 627 (603 M. 24 Fr.), geb. 410 (363 M. 27 Fr.), unge bessert 503 (482 M. 21 Fr.), nicht-irre 94 (90 M. 4 Fr.), unverzeichnet 8 (7 M. 1 Fr.), gestorben 362 (348 M. 14 Fr.), es blieben 596 (524 M. 72 Fr.). Als Ursachen werden angegeben bei 230 Gefängnis, Unmäßigkeit bei 133, Masturbation bei 153, Sonnenstich bei 12, Verletzungen bei 57, Epilepsie bei 55, Heredität bei 130. Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Genesenen bei 117 unter 1 Mon., bei 59 bis 3 Mon., bei 29 bis 6 Mon., bei 13 bis 9 Mon., bei 4 bis 1 J., bei 8 bis 1½ J., bei 1 bis 2 J., bei 5 bis 3 J., bei 4 bis 5 J., bei 1 bis 10 J., unermittelt bei 110. Aufenthaltsdauer derselben bei 1 unter 1 Mon., bei 13

bis 3 Mon., bei 38 bis 6 Mon., bei 58 bis 9 Mon., bei 48 bis 1 J., bei 55 bis 1½ J., bei 57 bis 2 J., bei 41 bis 3 J., bei 21 bis 4 J., bei 10 bis 5 J., bei 9 bis 10 J. Aus Deutschland sind 228 behandelt. 8 Bilder zieren den Bericht.

11. Rep. of Sheppard and Enoch Pratt Hospital for Mental and Nervous Diseases pro 1901/02. (Super. *Edward N. Brush.*)

Bestand Ende November 1901 92 (49 M. 43 Fr.), Aufnahme 121 (52 M. 69 Fr.), entlassen genesen 25 (12 M. 13 Fr.), sehr gebessert 21 (10 M. 11 Fr.), gebessert 19 (11 M. 8 Fr.), ungebessert 31 (14 M. 17 Fr.), gestorben 9 (5 M. 4 Fr.), blieben 98 (43 M. 55 Fr.). Seit Dezember 1891 sind aufgenommen 995, davon geheilt 193, sehr gebessert 132, gebessert 139, nicht gebessert 203, gestorben 106, nicht-irre 124. In dieser Zeit litten an Melancholie 339, an Manie 347, an Paresis 63, an Dementia 68, nach Apoplexie 7, nach Epilepsie 3, an seniler 15, an Imbezillität mit zeitweisen Erregungen 19, als nicht-irre an Alkoholismus 3, an Aphasie 2, an Chorea 1, an Cocain 2, an Delirium infolge von Sepsis 4, an Epilepsie 1, an vorgegebenem Wahnsinn 1, an Hypochondrie 1, an Hysterie 9, an Trunksucht 80, an Meningitis 1, an Morphinismus 7, an Neurasthenie 13, an Opiophagie 9. Ursache dieser Erkrankungen war 11mal Apoplexie, 3mal Gehirntumor, Diabetes 3mal, Epilepsie 7mal, Kopfverletzung 6mal, Influenza 18mal, Insolation 6mal, chir. Operation 3mal, Syphilis 45mal, Typhus 9mal, Intemperance 38mal. Es starben seit Eröffnung an Apoplexie 15, an Erschöpfung 31, an Paresis 20 (19 M. 1 Fr.), an Suicide 3, an Tuberkulose 4. Zur Aufnahme in die Anstalten Marylands sind die Atteste zweier Ärzte nötig. Eine Anzahl Abbildungen erläutern den Bericht.

Report of the State Hospital for the Insane at Danville, from Oct. 1900 to 1902. 84 pp. 8°. (Super. Dr. *Meredith.*)

Bestand 1900 922 (470 M. 443 Fr.), Aufnahme 204 (104 M. 100 Fr.), entlassen geheilt 44 (21 M. 23 Fr.), gebessert 25 (8 M. 17 Fr.), ungeheilt 14 (6 M. 8 Fr.), gest. 51 (29 M. 22 Fr.), blieben 992 (519 M. 473 Fr.). Aufgenommen 1901 184 (104 M. 80 Fr.), entlassen geheilt 53 (26 M. 27 Fr.), geb. 28 (20 M. 8 Fr.), ungebessert 14 (10 M. 4 Fr.), nicht-irre 1 M., gest. 55 (30 M. 25 Fr.), blieben 1025 (536 M. 489 Fr.). Seit Beginn des Hospitals sind aufgenommen 5917 (3366 M. 2551 Fr.), entlassen geheilt 1094 (625 M. 469 Fr.), geb. 935 (506 M. 429 Fr.), ungeheilt 1527 (830 M. 697 Fr.), gest. 1326 (861 M. 465 Fr.), nicht-irre 10 (8 M. 2 Fr.); aus Deutschland aufgenommen 315, aus Irland 683, aus England 186, aus Schottland 39, aus der Schweiz 114. Ursache der Erkrankung war 413mal Alkohol, 281mal Epilepsie, 123mal Heredität, 97mal Kopfverletzung, 65mal Grippe, 84mal Onanie, 107mal Puerperium, 102mal Beraubung, 62mal Sonnenstich. An Gehirn-

störungen litten 45. an Epilepsie 370, an Mordsucht 332, an Selbstmordsucht 660 (358 M. 302 Fr.), an Paralyse 52 (39 M. 13 Fr.) von den 1900 und 1901 Aufgenommenen. Bei den Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme seit Anfang bei 243 unter 1 Mon., bei 168 bis 2 Mon., bei 108 bis 3 Mon., bei 114 bis 6 Mon., bei 83 bis 9 Mon., bei 44 bis 12 Mon., bei 58 bis 18 Mon., bei 22 bis 24 Mon., bei 48 bis 3 J., bei 17 bis 4 J., bei 5 bis 5 J., bei 23 bis 10 J., bei 8 bis weiter, unbekannt bei 153. Dauer der Behandlung bei 9 unter 1 Mon., bei 51 bis 2 Mon., bei 112 bis 3 Mon., bei 382 bis 6 Mon., bei 218 bis 9 Mon., bei 122 bis 12 Mon., bei 93 bis 18 Mon., bei 35 bis 24 Mon., bei 42 bis 3 J., bei 30 darüber. Von diesen Genesenen litten an Manie 693, an Melancholie 383, an Monomanie 7, an Dementia 11. Todesursache der 1326 Gestorbenen war bei 10 Lungenabszeß, bei 91 Apoplexie, bei 36 organische Gehirnstörungen, bei 25 Dysenterie, bei 109 Epilepsie, bei 132 Erschöpfung von chron. Wahnsinn, bei 67 von hohem Alter, bei 134 Herzleiden, bei 24 chron. Nephritis, bei 159 Dem. paral., bei 210 Phthisis, bei 28 Pneumonie, bei 10 Suicid, bei 17 Typhus. Eröffnung des Asyls am 1. November 1872. Ausgaben im letzten Jahre 211875 D. 15 Illustrationen zieren den Bericht.

29. Bericht des Hilfsvereins zu Eberswalde pro 1902.

331 Mitglieder mit 2018 M. Gaben. An 107 Personen wurden 4147 M. verwendet. Vermögen des Vereins 35085 M. Zur Nachricht für die Familien der Kranken. Reglement der Landesirrenanstalten. Unterhaltung derselben. Aufnahme von Kranken. Behandlung derselben. Entlassung. Fragebogen für die Aufnahme. Übersicht der Aufnahmebezirke. Satzungen des Vereins. Liste der Mitglieder.

2. Bericht des Hilfsvereins der Rheinprovinz pro 1902.

Aufruf und Organisation. Zahl der Mitglieder 4311. Eine Bertha-Stiftung, für welche eine Dame in Godesberg 50000 M. gab, ist bestimmt für die besonders aus der Hertzschen Anstalt entlassenen Kranken besserer Stände. Jahresbeiträge 13126 M. Kranke wurden unterstützt mit 7919 M., aus dem früheren Hilfsverein in Düsseldorf 2098 M. S. 12—68 Verzeichnis der Mitglieder und Vertrauensmänner. Satzungen.

Bericht des Hilfsvereins in Hessen pro 1902/3.

S. 1—14 gibt die Gründe an, die solche Vereine notwendig machen. widerlegt die geäußerten Gegengründe betreffs der Art der Ausführung und ist in so wirksamer Weise abgefaßt, daß man wünschen möchte, jeder Verein nehme in seinem Berichte diese Worte auf. Auf der Zahl und der Fähigkeit der Vertrauensmänner beruht hauptsächlich der Erfolg. Im Jahre 1874 hauptsächlich von *Ladwig* gegründet, hatte der Verein 200 Geber, jetzt 57395 und

im letzten Jahre sind schon drei Vermächnisse mit 3100 M. erworben worden. Jährlich nehmen die Bezirke zu, welche teilnehmen. Die Staatskasse gewährt jährlich 1000 M. Die Beiträge der Spar-Kreis-Gemeinde, Armen-, Kirchen-kassen etc. betrugen in diesem Jahre 2865 M. 930 Vertrauensmänner werben und nehmen sich der Kranken ihres Kreises an. Die Beiträge von Privaten betrugen 21129, die der öffentlichen Kassen 3865, die Pflegegeldbeiträge 3085, insgesamt 28080 M. Die Unterstützung Hilfsbedürftiger erforderte 24025 M., der Jahresbericht 2435 M. Insgesamt betrug die Ausgabe 37675 M. Das Gesamtvermögen beträgt 72142 M.

Bericht des Hilfsvereins im Herzogtum Sachsen-Meiningen am 27. Mai 1903.

392 Mitglieder, darunter 20 Vertrauenspersonen. In den drei Jahren 1900—1903 waren Beiträge 4138,72 und Kapitalzinsen 539,42, in der Kasse 5482,50, Summa 10260,74 M. Ausgaben 2050,16, blieben 8210,58 M. An Unterstützungen verteilt 1772,10 M. Der Vorsitzende, Dr. *Mayser*, hielt einen Vortrag: „Einiges über strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit und Willensfreiheit vom naturwissenschaftlichen bzw. irrenärztlichen Standpunkte“.

19. Bericht des Hilfsvereins im Kanton Luzern pro 1902.

13148 Frs. wurden an 157 Personen verteilt. Der Verein hat in 82 Sektionen 4119 Mitglieder, welche 8332 Frs. einzahlten. An Legaten und Geschenken kamen ein 5926 Frs., das Vereinsvermögen beträgt 130905 Frs. Ein Vortrag von Dir. Dr. *Lisibach* „Über jugendliche Verblödungsformen“ schloß die Sitzung. Mitgliederverzeichnis.

27. Bericht des Züricher Hilfsvereins pro 1902.

Einnahmen 9349 Frs., Ausgaben 6630 Frs., Vermögen 76416 Frs. *Inhelder*, „Ein Gang durch die Irrenanstalt“. Verzeichnis der 1297 Mitglieder

Benham, Some remarks on suicides in public asylums. The journal of mental science. Juli.

In der Zeit von 1890—1902 starben von den in England verpflegten 788000 Geisteskranken 201 durch Selbstmord (126 M. u. 75 Fr.), d. h. 2⁵ auf 10000. In 30 Fällen (17 M. u. 13 Fr.) fand der Selbstmord vor der Aufnahme statt. 10 M. u. 6 Fr. begingen Selbstmord nach der Entweichung. 11 M. u. 9 Fr. nach der versuchsweisen Entlassung. Nach Abzug dieser Zahlen verübten also 88 M. u. 47 Fr. Selbstmord in der Anstalt. In 112 Fällen wurde er tags ausgeführt, in 29 nachts. Der Selbstmord wurde in über 50% durch Erhängen bewerkstelligt, die selteneren Methoden waren Verschlucken von Gegenstände, Kehle durchschneiden und dergl. Selbstverletzungen.

Ganter.

Turnbull, Female nursing of male patients in asylums. The journal of mental science. October.

In England geht eine Strömung dahin, möglichst die weibliche Pflege auch in den Männerabteilungen einzuführen. Verf. hat damit günstige Erfahrungen gemacht, soweit es sich um die Pflege der körperlich kranken Geisteskranken handelt. Dagegen ist Verf. gegen das System, wie er es in Meerenberg kennen gelernt hat. Dort herrscht überall auf den Männerabteilungen das Weiberregiment, die Pfleger sind den Pflegerinnen untergeordnet. Die Unzuträglichkeiten dieses Systems sind einleuchtend genug. Eine Art Kompromiß ist der Vorschlag des Verf., die Versorgung einer Abteilung einem Ehepaar zu übergeben, dem die nötige Anzahl Gehilfen zur Seite stehen.

Ganter.

Tamburini, L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia. Rivista sperimentale di Freniatria. Bd. 28 H. 4.

Verf. gibt einen Überblick über die Unterbringung der Geisteskranken und befürwortet besonders die Ausdehnung der Familienpflege. 1874 befanden sich in Irrenanstalten, Krankenhäusern und dergl. 12210 Geisteskranke, 1898 waren es 36931. Die Zahl der Anstalten betrug in diesem Jahr 128, nämlich 43 öffentliche Irrenanstalten, 63 Krankenhäuser, 19 Privatirrenanstalten und 3 Anstalten für geisteskranken Verbrecher. Die größte Zahl der Kranken, 28364, befand sich in den öffentlichen Irrenanstalten, so daß manche Anstalten 200—600 Kranke mehr beherbergten, als sie dem Raum nach sollten. Zusammen betrug die Überzahl 4850. Um die Irrenanstalten zu entlasten, könnte man 9390 Kranke, die harmlos Dementen, Schwachsinnigen, Epileptiker, Pellagrösen, anderswie unterbringen, z. B. durch weiteren Ausbau der landwirtschaftlichen Kolonien, durch Errichtung von Spezialanstalten, von denen nur solche für Schwachsinnige und Pellagröse, noch nicht aber solche für Alkoholisten und Epileptiker existieren. Den Hauptnachdruck legt Verf. aber auf die allgemeinere Einführung der Familienpflege. In dieser Weise wurden 1902 in den eigenen Familien 1442 und in fremden 268 Kranke verpflegt. Die Provinz zahlt als Unterstützung, auch der eigenen Familie, 5—30 Lire monatlich. Verf. tadelt nur, daß die Kranken über die ganze Provinz zerstreut und ohne jegliche sachverständige Aufsicht sind. Gewöhnlich werden einer Familie 2 Kranke anvertraut. Es sind aber nur wenige Provinzen, die dieses System haben.

Ganter.

Inhalt.

1. Psychologie und 2. Psychophysik. Ref.: Arthur Wreschner-Zürich Seite 1*

Wundt, W., Grundzüge der physiologischen Psychologie. *Ogden, Robert Morris*, Untersuchungen über den Einfluß der Geschwindigkeit des lauten Lesens auf das Erlernen und Behalten von sinnlosen und sinnvollen Stoffen. *Wreschner, A.*, Zur Psychologie der Aussage. *McC. Gamble, Eleanor A.* und *Calkins, Mary Whiton*, Die reproduzierte Vorstellung bei Wiedererkennen und beim Vergleichen. *Jodl, Fr.*, Lehrbuch der Psychologie. *Ribot, Th.*, Psychologie der Gefühle. *Messmer, Oskar*, Zur Psychologie des Lesens bei Kindern und Erwachsenen. *Heymans, G.*, Über Unterschiedsschwellen bei Mischungen von Kontrastfarben. *McC. Gamble, Eleanor A.*, und *Calkins, Mary Whiton*, Über die Bedeutung von Wortvorstellungen für die Unterscheidung von Qualitäten sukzessiver Reize. *Wiersma, E.*, Untersuchungen über die sogenannten Aufmerksamkeitsschwankungen. *Stern, W.*, Angewandte Psychologie. *Stern, W.*, Aussagestudium. Beiträge zur Psychologie der Aussage.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: Ernst Schultze-Greifswald Seite 59*

Garnier, Paul, Les hystériques accusatrices. *Maxwell, L.*, L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire. *Hoppe, Hugo*, Simulation und Geistesstörung. *Pfister, Hermann*, Zur Kenntnis des Exhibitionismus. *Wickel, C.*, Sittlichkeitsverbrechen und Geistesstörung. Kasuistische Beiträge. *Belletrud et Mercier*, Perversion de l'instinct génésique. *Schultze, Ernst*, Der Arzt als Sachverständiger und sachverständiger Zeuge. *Longard, Joh.*, Hypnose vor Gericht. *Bernhardt, Paul*, Die Verletzungen des Gehörsorgans. Forensische Abhandlung über diese, namentlich auch über deren Beziehungen zum Nervensystem. *Biberfeld*, Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? Material zu § 1569. No 14. *Boeck, de*, Simulation d'aliénation mentale par deux co-prévenus. *Gebauer, E.*, Die traumatischen Gehirnblutungen in gerichtlich-medizinischer Beziehung. *Burgl, G.*, 20 Fälle von Exhibition aus der gerichtärztlichen Praxis. *Aschaffenburg, G.*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Soziologen, ein Beitrag zur Reform der Strafgesetzgebung. *Pfister, Hermann*, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie für Juristen und Ärzte. *Kurella, Hans*, Zurechnungsfähigkeit und Kriminalanthropologie. *Brichta, M.*, Zurechnungsfähigkeit oder Zweckmäßigkeit? Ein offenes Wort an unsere Kriminalistik.

Friedländer, Julius, Zwei Exhibitionisten. *Schultze, Ernst*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. *Moor, L. de*, Note sur un cas de fétichisme. *Naecke*, L'anthropologie criminelle en Allemagne dans le cours des dernières années. *Erdt*, Die gerichtsärztliche Beurteilung der Huntington'schen Chorea. *Kornfeld, H.*, Ablehnung der Entmündigung eines Paralytikers. *Gudden, Hans*, Pathologische Lüge und § 176 Str.-G.-B. *Beberfeld, Dr. jur.*, Geistige Krankheiten und Gebrechen und ihre rechtliche Beurteilung. *Laquer, Leop.*, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Ausführung des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. *Meyer, Ernst*, Zur Kenntnis des Querulantenwahns. *Mönkemöller*, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. *Amschl, Alfred*, Ein jugendlicher Räuber. *Wilhelm, Eugen*, Ein Fall von Homosexualität (Androgynie). *Glos, A.*, Ein Fall von Personenverwechslung. *Koticzka, Hans Frhr. v. Jaden*, Ein an Sadismus grenzender Fall. *Spitzka, E. A.*, Auftreten von Epidemien des religiösen Fanatismus im zwanzigsten Jahrhundert. *Baumgarten, Anton*, Die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechen. *Näcke, P.*, Émile Zola. In memoriam. Seine Beziehung zur Kriminalanthropologie und Soziologie. *Türkel, Siegfried*, Sexualpathologische Fälle. *Baer, A.*, Über jugendliche Mörder und Totschläger. *Lombroso, C.*, und *Bonelli, A.*, Ein Fall schwerster Beschuldigung eines Unschuldigen: erläutert durch die Kriminalanthropologie. — Kriminelle Suggestionierung an einem schwachsinnigen Alkoholiker. *Kowalewsky, Paul*, Psychopathologie légale générale. *Hughes, Charles H.*, Consideration of the medico-legal aspects of aphasia. *Näcke, P.*, Forensisch-psychiatrisch-psychologische Randglossen zum Prozesse Dippold, insbesondere über Sadismus. *Gross, Hans*, Zur Frage des Berufsgeheimnisses. *Schweikert, Hans*, Zur Psychologie der Zeugenaussagen. Beitrag zur psychologischen Analyse der Stimmung, insbesondere der Suggestion, in ihrer forensischen Bedeutung. *v. Mackowitz*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Schlaftrunkenheit. *Näcke, P.*, Zur Physio-Psychologie der Todesstunde. *Näcke, P.*, Sind wir dem anatomischen Sitze der „Verbrecherneigung“ wirklich näher gekommen, wie *Lombroso* glaubt? *Gross, Hans*, Zur Frage vom psychopathischen Aberglauben. *Bruns, Mar.*, Genie, Dandysm und Verbrechertum. Einige psychologische Anregungen. *Pollitz*, Beiträge zur Begutachtung alkoholistischer Störungen in foro. *Berze, Jos.*, Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater. *Schultze, Ernst*, Psychiatrische Gutachten I. *Diehl*, Die Schreckreaktion vor Gericht. *Strassmann*, Sachverständigentätigkeit und Technik des Gerichtsarztes. *Köppen, M.*, Über Epilepsie und Hysterie in forensischer Beziehung. *Jolly*, Perverser Sexualtrieb und Sittlichkeitsverbrechen. *Moeli*, Die Geisteskranken in zivilrechtlicher Hinsicht. *Mendel, E.*, Die Zurechnungsfähigkeit. *Colin, Henri*, Les aliénés criminels. *Allison, H. E.*, Hospital provision for the insane criminal. *Biondi*, Sulla valutazione delle denunce e testimonianze delle isteriche nella pratica forense. *Tonini*, Le correlazioni psichiche ed organiche nell'indagine degli stati dell'animo e delle funzioni organiche. *Colella*, Contributo allo studio della neuro-psicosi traumatica. *Goodall*, The case of an unrecognised degenerate punished by the law. *Wherry*, Responsibility and crime. *Wellenbergk, G.*, Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranken. *Robertson*, Recognition of the insane in penal institutions a factor in diminishing crime. *Gottschalek, R.*, Grundriß der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Juristen.

4. Allgemeine Pathologie, Ätiologie und Therapie. Ref.:

O. Snell-Lüneburg Seite 93*

Weber, Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. *Gastpar*, Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Auf-

nahme in die Irrenanstalt mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge. *Grimaldi und Scotti*, Tuberkulose und Geisteskrankheit. *Stier*, Über Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. *Mendel, E.*, Wann ist ein Geisteskranker aus der Familie zu entfernen und einer Irrenanstalt zu überweisen? *Zimmer*, Eine Streitfrage zwischen Ärzten und Pädagogen. *Levy, Paul Emil*, Die natürliche Willensbildung, eine praktische Anleitung zur geistigen Heilkunde und zur Selbsterziehung. *Hegar*, *Auyust*, Die Behandlung der Obstipation der Geisteskranken als Gegenstand der Irrenpflege. *Raimann*, Ein Fall von Cerebropathia psychica toxæmica (Korsakoff) gastro-intestinalen Ursprungs. *Schuurmans Stekhoven*, Ein Schema zur Erlangung vergleichbarer Ergebnisse bei der Untersuchung der psychischen Funktionen. *van Deventer, J., sn., von Dale, J. H. A., Vos, W.*, Bericht über die Familienpflege der Geisteskranken. *Bütte jr., Dr.*, Landwirtschaftlicher Betrieb bei den Irrenanstalten. *van Deventer sn., J.*, Familienverpflegung. *Tuczek*, Geisteskrankheit und Irrenanstalten. Sechs gemeinverständliche Vorträge. *Schreber, Daniel Paul*, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. *White, W. A.*, The geographical distribution of insanity in the United States. *Pickott, W.*, Psychomotor hallucination and double personality in a case of paranoia. *Walton, G. L. & Paul, W. E.*, Contribution to the study of the Achilles-jeck and the front-tap. *Hyde, F. G.*, Notes on the Hebrews insane. *Zander, R.*, Vom Nervensystem, seinem Bau und seiner Bedeutung für Leib und Seele im gesunden und kranken Zustande. *Wright, Dos, A. B., and Haviland, C. Floyd*, Additional notes upon tent treatment for the insane at the Manhattan state Hospital, East. *Kreibitz, Josef Klemens*, Die fünf Sinne des Menschen. Ein Zyklus volkstümlicher Universitätsvorlesungen. *Pieron*, Messung des Zahlengedächtnisses. *Léon-Kindberg*, Le sentiment du déjà vu et l'illusion de fausse reconnaissance (Identifizierte Gedächtnistäuschung Kraepelins). *Vaschide, Vurpas*, L'analyse mentale. *Toulouse et Piéron*, Les tests en psychopathologie. *Marie*, De la convalescence dans les maladies mentales. *Rabaud*, Anormale und Degenerierte. *Marchand*, Experimentelle Untersuchungen über die Gemütsbewegungen. *Wienfield, James Mac Farlane*, Dermatosen of the insane. *Norman*, Notes on hallucinations. *White*, The care and treatment of persons of unsound mind in private houses and nursing homes. *Pugh*, The alkalinity of the blood in mental diseases. *Baskin*, The treatment of phthisis in asylums by urea and its salts. *Gentile*, Influenza della elettricità sul polso cerebrale. *Frisco*, Sulle proprietà emoagglutinanti del siero di sange in alcune forme di malattie mentali e loro valore semiologico. *Ceni e Pini*, La tossicità del sangue negli alienati. *Ferrari*, Come si può impiantare ed organizzare in Italia una colonia familiare per alienati. *Tamburini*, Afasie ed amnesie. *Peretti*, Über den jetzigen Stand der Nervenheilstättenbestrebungen. *Laquer*, Aphorismen über psychische Diät. *Möbius*, Geschlecht und Krankheit. *Möbius*, Geschlecht und Entartung. *Möbius*, Über die Wirkungen der Kastration. *Möbius*, Geschlecht und Kopfgröße. *Möbius*, Goethe und die Geschlechter. *Möbius*, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. *Möbius, P. J., J. J. Rousseau*, Ausgewählte Werke von P. J. Möbius. *Möbius, P. J., Goethe*, Ausgewählte Werke von Möbius. Taschenkalender für Nerven- und Irrenärzte.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Matusch-Sachsenberg Seite 113*

Anton, G., Gehirnvermessung mittels des Kompensations-Polar-Planimeters. *Senn, N.*, Subcutaneous drainage in the surgical treatment of hydrocephalus internus. *Frost*, Traumatic encephalitis. *White, W. C.*, A case of idiopathic internal unilateral hydrocephalus with recurrent hemiplegic

attacks. *Bassoe, P.*, Gigantism and leontiasis ossea with report of the case of the giant Wilkins. *Putnam*, Three cases of tumor involving the spinal cord, treated by operation. *Groher*, Herdsymptome der Hydrocephalus acutus internus der Erwachsenen. *Gordon*, Remarks on primary neurotic atrophy (Charcot-Marie-Hoffmann Type) with report of a case in which there was excessive indulgence in tea and coffee. *Pettit, L.*, The pathology of insanity. *Courtney*, Hemorrhagic internal pachymeningitis in the insane. *Eskridge, J. T., & Rogers, A.*, Report of two cases of bullet injuries to the left lateral half of the upper portion of the spinal cord. *Dercum*, A case of colloid disease of the blood vessels of the spinal cord. *Hirsch, W.*, Arteriosclerosis of the spinal cord. *Schwab*, The microscopical findings in four gasserian ganglia removed for trigeminal neuralgia. *Mills, Ch., & Spiller, W.*, Paralysis of all four limbs and of one side of the face with dissociation of sensation, resulting from meningo-encephalitis. *Sachs, B.*, On amaurotic family idiocy. A disease chiefly of the gray matter of the central nervous system. *Dercum*, Peculiar swelling of the back of the hand. *Billings, F.*, The changes in the spinal cord and medulla in pernicious anemia. *Taylor, W. J., & Spitter, W. B.*, A case of multiple fibromate confined to the internal plantar nerve. *Onuf*, A peculiar affection of the terminal phalanges of the hands. *Bunting*, Three cases of progressive muscular dystrophy, occurring in the male members of a single family and commencing of the same age in each. *Dunton, W. R.*, Report of a case of dementia praecox with autopsy. *Spitzka, E. A.*, A study of the brain-weight of men notable in the professions, arts and sciences. *Pfister*, Über das Gewicht des Gehirnes und einzelner Hirnteile beim Säugling und älteren Kinde. *Pfister, H.*, Zur Anthropologie des Rückenmarks. *Starr, Allen*, The results of surgical treatment of brain tumors. *Claparède, Ed.*, Hémistaxie post-hémiplégique et coordination sous-corticale. *Mingazzini*, On the early differential diagnosis of morbid processes involving the base of the brain. *Mills, Ch. K., and Spiller, W. G.*, A case of progressively developing hemiplegia, later becoming triplegia, resulting from primary degeneration of the pyramidal tracts. *Patrik*, Chronic progressive hemiplegia, with remarks on two cases of unilateral paralysis agitans without tremor. *Hunt*, A contribution to the pathology of paramyoclonus multiplex (Friedreichs Type). *Dana*, Myoclonus multiplex and the myoclonias; report of cases and on attempt of classification. *Weisenburg*, Triceps, biceps and finger clonus. *Walker, Th.*, A case of primary osteoma of the brain. *Mills, C. K.*, The surgery of brain tumors from the standpoint of view of the neurologist, with notes of a recent case. *Cuyllits*, Un cas de tumeur cérébrale. Examen histologique par van Ysendyck. *Dercum and Keen*, Enormous tumor of the postero-parietal region, weighing over half a pound. *Allen, C. L.*, The changes found in the central nervous system in a case of rabies, with acute mental disturbance. *Aufschlager*, Beitrag zur Lokalisation der Hemichorea. *Mitchell, J. K.*, Report of a case of familial tremor of the head. *Anton*, Über einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrößerung anderer Systeme. *Gordon, A.*, A study of sensations in motor paralysis of cerebral origin based upon thirty-five cases. *Diller, Th.*, A case of myasthenia gravis complicated by angioneurotic edema. *Collins, J.*, Tabes and muscular atrophy. *Cushing, H.*, Traumatic facial paralysis treated by nerve anastomosis. *Browning, W.*, A method for the relief of pain in tumors of the brain. *Keen*, Anastomosis of the seventh and the spinal accessory nerves for traumatic facial palsy. *Richter*, Die Balkenstrahlung des menschlichen Gehirns. *Scholtens*, Zwei Fälle von transkortikaler sensorischer Aphasie in Frage von Tumor des linken Schläfenhirns. *Pighini*, Lesioni nervose e patogenesi delle amiotrofie di origine articolare. *Probst*, Zur Kenntnis der Hirnleses und über die Zwischenhirn-Oliventröhne,

sowie Bemerkungen über den frontalen Anteil des Brückengraues, über das Monakowsche Bündel und die Pyramidenbahn. *Lunz*, Ein Fall eines großen Psammoms des Gehirns. *Blachford*, Frequency of occurrence of granular ependyma in general paralysis. *Barratt*, The changes in the nervous system in a case of porencephaly. *Black*, A case of cysticercus cellulosae causing insanity. *Sullivan*, A case of cysticercus of the brain. *Harrison*, The abnormalities of the palate as stigmata of degeneracy. *Turner*, Some new features in the intimate structure of the human cerebral cortex. *Vitrano*, Ricerche sulla fine struttura della cellula nervosa. *Frisco*, Le infezioni e le intossicazioni nell'organismo animale in rapporto con la patogenesi e con la ereditarietà delle neuropatie. *They*, Ricerche sperimentali e istologiche sulle alterazioni trofiche e funzionali del sistema nervoso simpatico. *Frisco*, Alterazioni vasali nelle lesioni di origine infettiva dei nervi periferici. *Colella*, Studio sulla polinevrite tubercolare. *Panichi*, Contributo allo studio della sifilide cerebrale maligna e precoce. *Tenchini* e *Zimmerl*, Di un nuovo processo anomalo dell'ossphenoidale dell'uomo. *Besta*, Sopra un caso di tumore della protuberanza. *Ravenna*, Contributo allo studio delle localizzazioni encefaliche nella corea e nella epilessia. *Bombicci*, Sull'encefalite emorragica con speciale riguardo alla forma tubercolare. *Dunton*, *William Rush*, Report of a case of Dementia praecox with autopsy. *Gordinier*, *Herman C.*, A case of abscess diagnosed as brain tumor. *Paton*, *Stewart*, and *Rusk*, G. Y., Acute paresis with report of a case, the clinical history and pathological findings. *Channing*, *Walter*, and *Knockton*, *Wallace M.*, A case of metastatic adrenal tumors in the left midfrontal and ascending frontal convolutions. *Madison*, J. D., A case of brain tumor in a woman seventy-eight years of age. *Coriat*, *Jador H.*, A contribution to the chemistry of nerve degeneration in general paralysis and other mental disorders. *Ugolotti*, Sulla forma del palato negli alienati. *Donaggio*, Su speciali apparati fibrillari in elementi cellulari nervosi di alcuni centri dell'acustico. *Sergi*, Rotazione intorno all'asse longitudinale negli animali con lesioni unilaterali del cervelletto. *Zeri*, Sui rapporti della pressione intracranica e sui fenomeni della compressione bulbare. *Donaggio*, Una questione istofisiologica riguardante la trasmissione nervosa per contatto della terminazione acustica del Held alle cellule del nucleo del corpo trapezoide.

6. Spezielle Pathologie und Therapie. Ref.: Umpfen-

bach-Bonn Seite 145*

Stiehl, Phorreal und seine Bedeutung für die Therapie der funktionellen Neurosen. *Volhard*, Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluß an kasuistische Mitteilungen. *Fromme*, *Brucin*, Ein neues Gegenmittel bei Morphinismus. *Gonzales* e *Pini*, Il dormiolo come ipnotico nei malati di mente. *Weber*, Über Versuche mit Veronal. *Luther*, *Veronal*. *Raschkow*, *Veronal*, ein neues Schlafmittel. *Schneiderlin*, Die Skopolomin-Morphium-Narkose. *Overlach*, Über Chinin und seine Ester. *Baucke*, *Bromipin*. *Näcke*, Zeitungsannoncen von weiblichen Homosexuellen. *Fischer* und *v. Mering*, Über eine neue Klasse von Schlafmitteln. *Köbis*, Über Rheumasan. *Cassirer*, *Tabes* und *Psychose*. *Gaupp*, Zur Frage der kombinierten Psychosen. *Heilbronner*, Über Fugues und fugueähnliche Zustände. *Fuchs*, Zwei Fälle von sexueller Paradoxie. *Berze*, Über das Primärsymptom der Paranoia. *Phleps*, Psychosen nach Erdbeben. *Shuzo Kure*, Geschichte der Psychiatrie in Japan. *Stransky*, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. *Vaschide et Vurpas*, Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques. *Meyer*, Beitrag zur Kenntnis der nicht paralytischen Psychosen bei *Tabes dorsalis*. *Oppenheim*, Über Hyperaesthesia unguium. *Specht*, Beitrag zur

klinischen Bedeutung und Pathogenese des Babinskischen Reflexes. *Bumke*, Scopolaminum (Hyoscinum) hydrobromicum. *Berckley*, Hydrocephalus internus in the adult. *Spielemeyer*, Klinische Erfahrungen mit Veronal. *v. Bechterew*, Über krankhafte Angst professionellen Charakters. *v. Bechterew*, Über Störung des Zeitgefühls bei Geisteskranken. *Schultze. Ernst*, Ophthalmoplegia interna traumatica. *Bonhoeffer*, Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes Zustandsbild. *Weil*, Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. *Jahrmärker*, Zur Frage der Dementia praecox. *Sommer*, Zur Kenntnis der Pseudoparesis spastica. *Krause*, Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall. *r. Muralt*, Über moralisches Irresein. *Levi-Bianchini*, Sull' età di comparsa e sull' influenza dell' ereditarietà nella patogenesi della demenza primitiva o precoce. *Rosenbach*, Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. *Bickel*, Über akute zerebrale Ataxie. *Schultze. E.*, Bonn, Über Psychosen bei Tabes. *De Buck*, Un cas de tabes compliqué des mouvements choréiques et de paranoia. *Hey*, Zur Kasuistik der Myasthenia gravis pseudoparalytica. *Apelt*, Nystagmus bei Unfallnervenkranken. *Nücke*, Einige psychologische dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. *Haug*, Menièresche Erkrankung — Betriebsunfall. *Moser*, Trauma und Psychose. *Türkel*, Sexualpathologische Fälle. *Jolly*, Über Flimmerskotom und Migraine. *Luzzatto*, Ein Fall von Polyneuritis nach Malaria mit Autopsie. *Rothmann*, Das Problem der Hemiplegie. *Crocq*, Deux cas de confusion polynévritique. *Edel*, Über bemerkenswerte Selbstbeschädigungsversuche. *Sommer*, Akroparaesthesia nach Trauma. *Masoin*, Observations sur la démence précoce et la catatonie. *Donath*, Beiträge zu den Klavier- und Violinspieler-Neurosen. *Spitzka*, Auftreten von Epidemien des religiösen Fanatismus im zwanzigsten Jahrhundert. *Friedländer*, Aphasie und Demenz. *Baumgarten*, Neurasthenie, Wesen, Heilung, Vorbeugung. *Alter*, Luftliegekuren bei Psychosen. *v. Voß*, Bemerkungen zur Genese der Tetanie. *Vogt*, Transitorische Geistesstörung nach intensiver Kältewirkung. *Hartmann*, Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria. *Friedmann*, Zur Kenntnis der zerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rinden zentrums für die Innervation der Harnblase. *Steinert*, Zwei Fälle von Ponserkkrankung. *Weber*, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. *Meyer*, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. *Rolly*, Zur Kenntnis der Landryschen Paralyse. *Schilling*, Zur Frage der rezidivierenden Okulomotoriuslähmung. *Richter*, Das Babinskische Zehenphänomen. *Saenger*, Über zirkumskripte tuberkulöse Meningitis. *Windscheid*, Tabes und Trauma. *Schlüter*, Chorea hysterica traumatica. *Poly*, Über die therapeutische Wirkung des neuen Schlafmittels Veronal. *Herrmann*, Ein schwerer Fall von Tetanus traumaticus. *Linser*, Über juvenile Tabes und ihre Beziehung zur hereditären Syphilis. *Roemheld*, Über isolierten klonischen Krampf des weichen Gaumens. *Strohmayer*, Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne. *Fleiner*, Über Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprungs. *Steiner*, Zur Ätiologie der professionellen Erkrankungen im Medianusgebiet. *v. Rad*, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemi-anästhesie alternans. *Stadler*, Ein Fall von Bläserlähmung. *r. Hösslin*, Über die Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut mit dem Algesimeter. *Vigouroux* und *Juquelier*, Zwei Beobachtungen über hereditäre psychische Degeneration mit zahlreichen episodischen Begleiterscheinungen. *Homburger*, Atropinbehandlung eines Falles von Darmparalyse im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica. *Dorendorf*, Ein Fall von Myasthenia gravis pseudoparalytica mit akutem Verlaufe. *Huismanns*, Gekreuzte Adduktorenreflexe bei Syringomyelie und Neuritis. *Westphal*, Über einen Fall von polyneuritischer „Korsakowscher“ Psychose mit eigentümlichem Verhalten der Sehnenreflexe. *Suchier*, Freiburg i. B., Ein Fall von partieller Radialisparese. *Bechterew*, St. Petersburg,

Über Anfälle von Zwangslachen, begleitet von tonischen Krämpfen und Zucken im linken Arm. *Westphal*, Über Chorea chronica progressiva *Jendrassik*-Budapest, Über neurasthenische Neuralgien. *Mitchel*, *Weir*, Reversals of habitual motions, backward pronunciation of words, top whispering of the insane, sudden failures of volition, repetition impulses. *Jacoby*, *G. W.*. The sign of the orbicularis in peripheral facial paralysis. *Brelet*, Un cas de tabes conjugal. *Gordon*, A note on periodic insanities with report of three cases of intermittent melancholia. *Ricaldoni et Lamas*, Paralyse ascendante de Landry, aigue, mortelle, à la suite d'une blennorrhagie. *Wilson*, A case of double consciousness. *Bruce*, Bacteriological and clinical observations on the blood of cases suffering from acute continuous mania. *Bruce*, Clinical and experimental observations on katatonia. *Levi-Bianchini*, Sull' età di comparsa e sull' influenza dell' ereditarietà nella patogenesi della demenza primitiva o precoce. *Valli*, Contributo alla conoscenza delle sindromi atetotiche. *Biancone*, Contributo allo studio della emiatrofia della lingua. *Panegrossi*, Sulla diplegia facciale periferica. *Stacchini*, Infantilismo mixedematoso: cura tiroidea. *Pastrovich*, Di un caso singolare di morbo del Friedreich. *Guicciardi*, Sopra l' uso terapeutico della Paraganglina Vassale. *Mondio*, Allucinazioni e frenosi sensoria. *Giannelli*, Contributo allo studio della paralisi bulbare de compressione. *Cappelletti*, La nevrastenia. *Mingazzini*, *Gior.*, Dr., On the early differential diagnosis of morbid processes involving the base of the brain. *Fischer*, *Jessie Weston*, A contribution to the study of the blood in manie-depressive insanity. *Vigouroux*, Der Geisteszustand bei Gehirntumoren. *Jones*, *Robert*, Puerperal insanity. *Fuhrmann*, *Manfred*, Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. *Seiffer*, *W.*, Atlas und Grundriß der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. *Weygandt*, *Wilhelm*, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. *Becker*, *Th.*, Einführung in die Psychiatrie. Mit spezieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. *Ziehen*, Psychiatrie für Ärzte und Studierende.

7. Paralyse und syphilitische Psychosen. Ref.: Schlüter-

Gehlsheim Seite 186*

Keraval et Raviart, Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Atrophie papillaire et décollement de la rétine. *Keraval et Raviart*, L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et les lésions anatomiques initiales et terminales. *Cullerre*, Fibromatose et paralysie générale. *Pilcz*, Über Ergebnisse elektrischer Untersuchungen bei Paralysis progressiva und Dementia senilis. *Weber*, Über die sog. galoppierende Paralyse nebst einigen Bemerkungen über Symptomatologie und pathologische Anatomie dieser Erkrankung. *Massary*, La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale. *Buder*-Würzburg, Einseitige Großhirnatrophie mit gekreuzter Kleinhirnatrophie bei einem Falle von progressiver Paralyse mit Herderscheinungen. *Schäfer*-Langenhorn, Zur Kasuistik der progressiven Paralyse (lange Dauer und erhebliche Remission). *Donath*-Budapest, Die Behandlung der progressiven Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen. *Raimann*, Zur Ätiologie der progressiven Paralyse. *v. Niessl*, Über Stauungserscheinungen im Bereiche der Gesichtsvenen bei der progressiven Paralyse. *Crocq*, Un cas de paralysie générale septicémique. *Joffroy*, *A.*, and *Mercier*, On the utility of lumbar puncture in the diagnosis of general paralysis. *Vaschide*, *N.*, and *Mcunier*, *H.*, On the cutaneous temperature in the general paralytics. *Urpas*, Über kombinierte Paralyse und multiple Sklerose in Begleitung von syphilitischen Erscheinungen. *Klippel*, Die Läsionen des Rückenmarks und der Spinalnerven

bei Paralyse. *Meunier*, Notiz über die Messung der Druckempfindlichkeit in ihrer Beziehung zur geistigen Arbeit. *Ceni e Basta*, Reazione dei paralitici all' antisiero umano. *Klippel et Lefrs*, Le sang dans la paralysie générale et le tabes. *Kramer, Jost D.*, Examination of the general cerebro-spinal fluid in general paralysis. *Garbini*, Un caso di sifilide contratta nel periodo iniziale della paralisi progressiva.

8. Epilepsie u. Hysterie. Ref.: Vorster-Stephansfeld. S. 196*

Chotzen, Zur Kasuistik der epileptischen Psychosen. *Wende*, Beiträge zur Blutserumbehandlung der genuinen Epilepsie nach *Ceni*. *Horstmann*, Migräne und Epilepsie. *Wildermuth*, Über die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen. *Probst*, Über Opocerebrinbehandlung der Epilepsie. *Bianchini, Levi*, Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique. *Mangelsdorf*, Über ein Phänomen am Magen bei Migräne und Epilepsie. *Tschije*, Larvirte Epilepsie. *Marxell, J.*, L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Tiburtius, Dr.*, Einiges zur Epilepsiefrage. (Vorläufige Mitteilung.) *Tiburtius, Dr.*, Einiges zur Epilepsiefrage. (1. Fortsetzung.) *Raecke*, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. *Hoppe, J.*, Epilepsie und Harnsäure. *Düms, Dr.*, Oberstabsarzt, Epileptische Dämmerzustände bei Soldaten. *Creite*, Zur Pathogenese der Epilepsie (Multiple Angiome des Gehirns mit Ossifikation). *Halmi und Bagarus*, Über Behandlung der Epilepsie nach der Methode Toulouse-Richet. *Heilbronner*, Über epileptische Manie nebst Bemerkungen über die Ideenflucht. *Spratling, William P.*, Results of brain surgery in epilepsy and congenital mental defect. *Dovan, R. E.*, A consideration of the hereditary factors in epilepsy. *Muggia*, Über einen Fall von Epilepsia tarda bei einem Geisteskranken. *d'Ormea, A.*, Über die Schwankungen des subarachnoidealen Druckes und der Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit bei der experimentellen Epilepsie. *Mark, Pierce*, The daily rhythm of epilepsy and its interpretation. *Besta*, Contributo allo studio delle ipertemie negli epilettici. *Valli*, Eclampsia infantile ed epilessia. *Ceni*, Autocitotossine e anti-autocitotossine specifiche degli epilettici. *Hermann, J. J.*, Über spät auftretende hysterische Anfälle bei Epileptikern. *Saenger, Alfred*, Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. *Meyer, Ernst*, Hysterie nach Trauma kombiniert mit organischer Erkrankung des Nervensystems. *Westphal, A.*, Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. *Nonne*, Über zwei durch zeitweiliges Fehlen des Patellarreflexes ausgezeichnete Fälle von Hysterie. *Rouby, Dr.*, L'Hystérie de la Sainte Thérèse. *Wildermuth*, Über die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. *De Buck*, Réflexions sur un syndrome d'astisie-abasie. *Ewald, C. A.*, Über hysterische Autosuggestion der Kinder. *von Holst, V.*, Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. *Steyerthal*, Über hysterische Athleten. *Tillmann*, Ein Fall von hysterischem Fieber. *Bettmann*, Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen Hautangrän. *Leick*, Kasuistischer Beitrag zur Hysterie der Kinder.

9. Alkoholismus und toxische Psychosen. Ref.: Peretti-

Grafenberg Seite 215*

Smith, Ely Jelliffe, Some Notes on the Opium Habit and Its Treatment. *Erlenmeyer*, Die Bedeutung und Behandlung der funktionellen Herzschwäche in der Abstinenzperiode der Morphiumentziehung und bei Nervenkrankheiten. *Morgenroth*, Zur Frage des Antimorphinserums. *Erlenmeyer*, Die Wirkung des Kampfers in der Abstinenzperiode der Morphiumentziehung. *Hofmann, Jul.*, Über die Anwendung des Kampfers bei Morphiumentziehung. *Fromme*,

Brucin, ein neues Gegenmittel beim Morphinismus. *Müller*, Bemerkungen zu dem Artikel „Brucin, ein neues Gegenmittel beim Morphinismus“. *Alter*, Zur Pathologie toxischer Gehirnkrankheiten. *Pröbst*, Über Paraldehyddelir. *Hoppe*, Noch einmal die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. *Du Mont*, Der Kampf gegen den Alkoholismus. *Hueppe*, Körperübungen und Alkoholismus. *Frank*, Ärztliche Seite der Trinkerbehandlung. *Martius*, Was ist Mißbrauch geistiger Getränke? *Alt*, Über Wert und Einrichtung besonderer Heilstätten für Alkohol- kranke. *Foerster*, Der Anteil der deutschen Irrenärzte an der Antialkohol- bewegung in Deutschland. *Bratz*, Die Krankenkassen im Kampfe gegen den Alkoholismus. *Sauermann*, Zur Prognose und Therapie der Trunksucht. *Keferstein*, Alkoholismus und Bier. *Rosenthal*, Noch einmal Bier und Brant- wein. Trunksucht und Geisteskrankheit der Frauen. *Cramer*, Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. *Alter*, Ein Fall von Dipsomanie. *Legrain et Halberstadt*, Note sur certaines caté- gories de buveurs intermittents. *Vigouroux et Juquelier*, Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale, ayant simulé le délire alcoolique. *Meyer und Raacke*, Zur Lehre vom *Korsakowschen* Symptomenkomplex. *Warnock*, Insanity from hasheesh. *Feldmann*, Über 71 Fälle von akuter Geistesstörung der Trinker. *Toulouse*, Die Zurückbehaltung der Alkoholisten nach dem Verschwinden der akuten Erscheinungen des Deliriums. *Walker*, *Charles S.*, The hallucinatory delirium of acute alcoholism. *Christiani*, Su di una singolare alterazione mnemonica in un alcoolista alienato uxoricida. *Blum*, Über Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Autointoxikationen: Psychosen thyreopriver Hunde. *Crothers*, Unrecognized toxic insanities. *Seeligmüller-Halle*, Zur Pathologie der chronischen Blei- intoxication.

10. Idiotie und Kretinismus. Ref.: Wildermuth-Stutt-

gart Seite 227*

Pellisi, Studii clinici ed anatomo-patologici suli idiozia. *Felsch*, Zwei Fälle zerebraler Kinderlähmung. *Schermers*, Eenige anthropologische maten bij Krankzinnigen en niet Krankzinnigen onderling vergelaken. *Winkler*, Mitteilungen über Bildungsanomalien im Idiotengehirn. *Sternberg* - Wien, Studien über einen Hemicephalus mit Beiträgen zur Physiologie des menschlichen Zentralnervensystems. *Ilberg*, Das Zentralnervensystem eines 1½ Tage alten Hemicephalus mit Aplasie der Nebennieren. *Taylor and Pearce*, Heart and circulation in the feeble minded. *Grohmann*-Zürich, Über die Bezeichnung „Aztekentypus“. *Maas, Otto*, Einige Bemerkungen über das Stottern. *Bertschinger*-Rheinau, Über gewisse transitorische Aufregungszustände bei Imbezillen und Idioten. *Müller-Agram*, Über drei Fälle von Myxödem (Hypothyreoidie, Myxidiotie). *Brühl*, Rachenmandel und Gehörgänge der Idioten. *Stadelmann*-Würzburg, Methodologischer Beitrag zur Behandlung des defekten erkennenden Sehens bei der Idiotie. *Weygandt*, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. *Bayon*, Beitrag zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus. Unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit andern Formen von Zwergwuchs und Schwachsinn. *Mülberger*-London, Die familiäre amaurotische Idiotie und ihre Diagnose. *Gessner*-Bamberg, Zur Kasuistik der familiären amaurotischen Idiotie. *Schütz*, Mikroskopische Befunde bei einem Fall von amaurotischer familiärer Idiotie. *Sachs*, Ein weiterer Beitrag zur amaurotischen familiären Idiotie, hauptsächlich einer Erkrankung der grauen Substanz des Zentralnervensystems. *Bruns*, 38. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1903 in Hannover. Nachweisung über den Stand der Anstalten etc. für Geisteskranke, Idioten und Epileptiker am 1. Juli 1900. *Heimann*, Ein Beitrag zur Idiotenstatistik.

Aus der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Von *Schröter* und *Wildermuth*. *Bourneville*, Recherches cliniques et thérapeutiques sur L'épilepsie, L'hystérie et L'Idiotie. Compte rendu du Service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901. *Weygandt*, Über die Leitung von Idiotenanstalten. *Weygandt*, Die Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern. *Auer, Kölle, Graf*, Verhandlungen der IV. schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen in Luzern am 11. und 12. Mai 1903. *Decroly*, La Situation des enfants anormaux en suisse. *Ferrari*, L'assistenza dei fanciulli deficienti in Italia. Il suo passato e il suo avvenire. *Tredgold*, Insanity in imbeciles.

11. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf Seite 245*

Die Verwandtenehe und die Statistik, von Regierungsrat Professor Dr. *P. Mayet*, Mitglied des Kaiserl. statist. Amts, Berlin. 45. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy für Schottland. Der 56. Bericht der Commissioners in Lunacy (England) Juni 1902. 44. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland 1902. 51. Report of the Inspectors of lunatics (Ireland) for the year ending Dec. 31. 1901. Psychiatrie in general hospitals, by Sir John Sibbald. Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit vom 1. Juli 1901 bis zum 30. Juni 1902. VI. Gesundheitswesen, Landeswohlthätigkeitsanstalten, sonstige Wohlfahrtsangelegenheiten, Militäreinquartierung und Vorrath. Referent *Leop. Steiner*. The fluctuation of insanity in Connecticut as shown by a study of cases admitted to the Connecticut hospital for insane by *Rollin H. Burr*.

12. Anstaltswesen. Ref.: Heinr. Laehr-Zehlendorf Seite 286*

Juliusberger, Otto, Dr., Zur sozialen Bedeutung der Geisteskrankheiten. Ein allgemeinverständlicher Aufsatz. *Morel, Jules*, Compte-rendu du Congrès international de l'Assistance des Aliénés (1902). *Morel, Jul.*, La situation financière des asiles d'aliénés. *Peeters*, Les progrès de l'organisation des asiles d'aliénés en Écosse. Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). Bericht des Magistrats zu Berlin über das städtische Irrenwesen pro 1901. Bericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses vom 21. Januar 1903. Bericht der Provinzialanstalt zu Landsberg a. W. pro 1902. Schweizerhof, Privatheilstätte für Nerven- und psychisch Kranke weiblichen Geschlechts. Dritter Bericht. 50 Jahre nach seiner Gründung 17. Dez. 1853 bis 17. Dez. 1903. Geschichte, Beschreibung, wissenschaftliche Beiträge. Mit 14 Tafeln in Dreifarbendruck, 10 Grundrisse und 1 Lageplan. Bericht der Anstalt zu Neu-Ruppin pro 1902. Bericht des städtischen Irrenhauses in Breslau pro 1902/1903. Bericht der Provinzialanstalt zu Leubus pro 1902/1903. Bericht der Provinzialanstalt zu Bunzlau pro 1902/3. 10. Bericht der Provinzialheilstätte zu Freiburg, Schles., pro 1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Brieg pro 1901/1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Rybnick pro 1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Hildesheim 1902/1903. Bericht der Provinzialanstalt Göttingen pro 1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Osnabrück pro 1902. Bericht der Provinzialheilstätte zu Lüneburg pro 1902/1903. Bericht der Provinzialheilstätte für Geistesschwache in Langenhagen bei Hannover pro 1902/1903. Berichte der Provinzialirrenanstalten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Eickelborn pro 1901. Bericht der Heilstätte Eichberg pro 1901/2. Bericht der Anstalt Weilmünster pro 1902/3. Bericht der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. vom 1. Januar 1902 bis 31. März 1903. Bericht

der westpreußischen Provinzialanstalt Conradstein pro 1902. Bericht der westpreußischen Provinzialanstalt zu Neustadt pro 1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Dzikanka für 1902/3. Bericht der Provinzialanstalt zu Schwetz pro 1902. Bericht der Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau pro 1902. Bericht der Provinzialanstalt zu Owinsk pro 1902/3. Bericht der Provinzialheilanstalt zu Schleswig pro 1902/3. Bericht der Provinzialheilanstalten der Rheinprovinz pro 1902/3. Bericht der Dr. *Hertz*schen Privatheilanstalt in Bonn von 1893 bis 1902. 7. Bericht der evangelischen Heilanstalt „Der Tannenhof“ bei Lüttringshausen pro 1902/3. Bericht von Stephansfeld-Hördt von 1902/03. Bericht der Bezirksanstalt Saargemünd für 1902. Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1902. Bericht der Kreisanstalt Gabersee pro 1902. Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1902. Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1902. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1902. Bericht der Staats- und Privatanstalten in Württemberg pro 1901. Die Heilanstalt Weinsberg, Württ., von Dr. *Dietz*, mit 14 Abbildungen. Bericht der Heilanstalt Sachsenberg b. Schwerin pro 1902. Bericht der Heilanstalt Gehlsheim pro 1902. Bericht der psychiatrischen Klinik Freiburg. Baden, für 1901/2. Bericht der Irrenklinik Heidelberg pro 1901/2. Die Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt zu Königsplutter vom 1. April 1891 bis 31. März 1903. Bericht des Karl-Friedrich-Hospitals in Blankenhain (S.-W.) pro 1898—1902. 44. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1902. Bericht der Irrenanstalt zu Hamburg pro 1903. Bericht des St. Jürgen-Asyl zu Bremen pro 1902. Bericht der Privatheilanstalt zu Rockwinkel pro 1902. Bericht der Irrenanstalt zu Lübeck pro 1902. Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses: Wohltätigkeitsanstalten vom 1. Juli 1901/2. Bericht der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn pro 1902. Bericht der oberösterreichischen Landesirrenanstalt zu Niedernhart pro 1902. Bericht über Feldhof bei Graz nebst Filiale Lankowitz, Kainbach und Hartberg pro 1902. Bericht der Siechenanstalt Schwanberg. Bericht der Landesanstalt Valduna (Vorarlberg) pro 1901. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1902. Bericht über Friedmatt bei Basel pro 1902. Bericht der Heilanstalt Burghölzli bei Zürich pro 1902. Bericht der Heilanstalt Königsfelden (Aargau). Bericht der Heilanstalt St. Pirminsberg pro 1902. 11. Bericht des Kantonalen-Asyles zu Wil pro 1902. Bericht der bernischen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay pro 1902. 54. Rapport maison de santé de Préfargier pro 1902. 11. Bericht der kanton. Irren- und Krankenanstalt Waldhaus pro 1902. Bericht der Heilanstalt Rosegg pro 1902. Bericht der städtischen Irrenanstalt zu Odessa für 1902. Bericht der psych. Abteilung und Kolonie des städtischen Krankenhauses zu Odessa. Bericht der Thurgauischen Irrenanstalt Münsterlingen pro 1902. Bericht über die Irrenanstalt Ufa, Rußland, pro 1902. Rapport de la section des aliénés de l'hôpital Arménien du St. Samues à Constantinople. 76. Report of James Murrays Royal Asylum, Perth pro 1902. 43. Report of the Matteawan State Hospital pro year ending Sept. 1902. 11. Report of Sheppard and Enoch Pratt Hospital for Mental and Nervous Diseases pro 1901/02. Report of the State Hospital for the Insane at Danville, from Oct. 1900 to 1902. 29. Bericht des Hilfsvereins zu Eberswalde pro 1902. 2. Bericht des Hilfsvereins der Rheinprovinz pro 1902. Bericht des Hilfsvereins in Hessen pro 1902/3. Bericht des Hilfsvereins im Herzogtum Sachsen-Meinungen am 27. Mai 1903. 19. Bericht des Hilfsvereins im Kanton Luzern pro 1902. 27. Bericht des Züricher Hilfsvereins pro 1902. *Benham*. Some remarks on suicides in public asylums. *Turnbull*. Female nursing of male patients in asylums. *Tamburini*. L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia.

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 01095 3431

DATE DUE

MEDICAL

610.6

A49

25

V-61

ALLGEMEINE
ZEITSCHRIFT
PSYCHIATRIE

Van Houten
W.A.v. Aank
NPI-OPD

P-15
JUL 26 '83
7-29

PLEASE GIVE NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER

Digitized by Google

